



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

Factores de riesgo cardiovascular en pacientes de consulta externa de cardiología del Hospital Nacional Cayetano Heredia – 2015

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Cardiológica

AUTOR

Nilfa VÁSQUEZ BURGA

ASESOR

María Fabiola QUIROZ VÁSQUEZ

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Vásquez N. Factores de riesgo cardiovascular en pacientes de consulta externa de cardiología del Hospital Nacional Cayetano Heredia – 2015 [Trabajo de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2017.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSTGRADO



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

INFORME DE CALIFICACIÓN

8/10
70
2
11/10
LICENCIADA (O) : VASQUEZ BURGA NILFA ✓

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN ✓ "FACTORES DE RIESGO
CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DE
CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA -
2015" ✓

ESPECIALIDAD : ENFERMERIA CARDIOLÓGICA ✓

Lima, 02 de mayo de 2017 ✓

Señor Doctor
JUAN MATZUMURA KASANO
Vice Decano de Investigación y Post Grado
Facultad de Medicina Humana -UNMSM

El Comité de la especialidad de ENFERMERÍA CARDIOLÓGICA ha examinado el Trabajo de Investigación de la referencia, el cual ha sido calificado con nota de:

16 (DIECISEIS)



LIC. ESP. EVA BERRIOS PACHECO



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE MEDICINA
Unidad de Post Grado

Mg. MARIA F. QUIROZ VASQUEZ
Programa de Segunda Especialización en Enfermería
Coordinadora (e)



Mary

**FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES
DE CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA DEL
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO
HEREDIA - 2015**

A DIOS:

Le dedico este trabajo con todo mi cariño y amor, que me ha dado la oportunidad de vivir y regalarme una familia hermosa.

A MIS PADRES:

Por ser la guía y el apoyo constante en cada etapa de mi vida, por su amor y enseñanzas.

A MI AMIGO:

Le dedico este trabajo con todo mi cariño y amor, a mi amigo Ronald García, por apoyarme en este trabajo de investigación.

*Mi agradecimiento a la Unidad de Post
Grado de la UNMSM, Programa de
Segunda Especialización en Enfermería
por permitir mi desarrollo intelectual y
profesional, para superarme y ayudar a
las personas.*

*A la Mg. María Fabiola Quiroz Vásquez un
reconocimiento especial por su motivación
constante y la asesoría técnica
especializada brindada para el logro
del presente trabajo de investigación*

INDICE

	Pág.
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vi
RESUMEN	vii
PRESENTACIÓN	1
 CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Formulación del problema de investigación	5
1.3. Justificación e importancia de la investigación	5
1.4. Objetivos	6
1.4.1. Objetivo general	6
1.4.2. Objetivos específicos	6
 CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes	7
2.2. Base teórica	13
2.3. Definición operacional de términos	51
 CAPITULO III: METODOLOGÍA	
3.1. Tipo, nivel y método	52
3.2. Sede de estudio	52
3.2. Población y muestra	53
3.4. Criterios de selección	53
3.4.1. Criterios de inclusión	53
3.4.2. Criterios de exclusión	53
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	54
3.6. Validez y confiabilidad	54
3.7. Plan de recolección, procesamiento y presentación de datos	54
3.8. Plan de análisis e interpretación de datos	55
3.9. Consideraciones éticas	55
 CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Resultados	56
4.2. Discusión	65
 CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	73
5.2. Recomendaciones	74
 REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	76
BIBLIOGRAFÍA	78
ANEXOS	

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N°		PÁG.
1	Factores de riesgo cardiovasculares presentes en pacientes de consulta externa de cardiología del Hospital Nacional Cayetano Heredia 2015	57
2	Factores de riesgo cardiovasculares modificables: salud presentes en pacientes de consulta externa Hospital Nacional Cayetano Heredia 2015	58
3	Factores de riesgo cardiovasculares modificables: alimentación presentes en pacientes de consulta externa Hospital Nacional Cayetano Heredia 2015	59
4	Factores de riesgo cardiovasculares modificables: descanso/sueño presentes en pacientes de consulta externa Hospital Nacional Cayetano Heredia 2015	60
5	Factores de riesgo cardiovasculares modificables: ejercicio presentes en pacientes de consulta externa Hospital Nacional Cayetano Heredia 2015	61
6	Factores de riesgo cardiovasculares modificables: sustancias psico activas en pacientes de consulta externa Hospital Nacional Cayetano Heredia 2015	62
7	Factores de riesgo cardiovasculares modificables: dimensión estrés en pacientes de consulta externa Hospital Nacional Cayetano Heredia 2015	63
8	Factores de riesgo no modificables en pacientes de consulta externa Hospital Nacional Cayetano Heredia 2015.	64

RESUMEN

Autora: Nilfa Vásquez Burga

Asesora: Mg. María Fabiola Quiroz Vásquez

Estudios prospectivos, realizados, revelan que el desarrollo de enfermedad cardiovasculares en el adulto se definen como aquellas enfermedades adquiridas que comprometen el buen funcionamiento del sistema cardiovascular, la hipertensión arterial, infarto agudo al miocardio, evento cerebrovascular, enfermedad isquémica transitoria, enfermedad coronaria y otras

La enfermedad cardiovascular está íntimamente relacionada con el estilo de vida y los factores de riesgo asociados, y que la modificación del estilo de vida y en el control de los factores de riesgo retrasan, la aparición de enfermedad coronaria y vascular tanto con anterioridad como a posteriori de que se hayan producido los eventos clínicos.

La presente investigación "Factores de riesgo cardiovascular en usuarios de consulta externa de cardiología del hospital nacional Cayetano Heredia - 2015 tiene como objetivo determinar los factores de riesgo presentes que predisponen al desarrollo de afección cardíaca.

La investigación es de tipo descriptivo aplicativo. La población estuvo conformada por 100 pacientes Ambulatorios de Consultorio Externo de Cardiología, los cuales responderán a criterios establecidos por el investigador: La muestra estará conformada por 60 pacientes el cual será obtenido mediante el método del muestreo no probabilístico. Para el recojo de la información se utilizó como instrumento un Cuestionario Tipo Likert modificado, que permitió identificar los factores de riesgo: modificables y no modificables. Respecto a los factores de riesgo para el análisis de datos se hará uso del programa SPSS, los resultados se presentaran en cuadros, o gráficos. Las conclusiones, y recomendaciones se elaborarán considerando los objetivos del estudio, así como con la operacionalización de las variables.

Palabras Claves: factores de riesgo, estilos de vida, paciente, consulta externa.

ABSTRACT

Author: Nilfa Vásquez Burga

Advisor: Mg. Translation and Localization

Prospective studies show that the development of cardiovascular disease in adults is defined as those acquired diseases that compromise the proper functioning of the cardiovascular system, arterial hypertension, acute myocardial infarction, cerebrovascular event, transient ischemic disease, coronary disease and others

Cardiovascular disease is intimately related to lifestyle and associated risk factors, and that lifestyle modification and control of risk factors delay the onset of coronary and vascular disease both before and after Clinical events have occurred.

The present investigation "Cardiovascular risk factors in users of external consultation of cardiology of the national hospital Cayetano Heredia - 2015 aims to determine the present risk factors that predispose to the development of heart disease.

The research is descriptive application type. The population consisted of 100 Outpatient Outpatients of External Cardiology, who will respond to criteria established by the researcher: The sample will be made up of 60 patients, which will be obtained through the non-probabilistic sampling method. A modified Likert Type Questionnaire was used to collect the information, which allowed the identification of risk factors: modifiable and non-modifiable. Regarding the risk factors for the analysis of data will be made use of the program SPSS, the results will be presented in tables, or graphs. The conclusions and recommendations will be elaborated considering the objectives of the study, as well as with the operationalization of the variables.

Key words: risk factors, lifestyles, patient, outpatient visit.

PRESENTACION

La enfermedad cardiovascular se ha convertido en una epidemia no transmisible que genera un preocupante alto costo directo e indirecto. Se caracteriza por tener una etiología multifactorial, los factores de riesgo cardiovascular se potencian entre sí y, además, se presentan frecuentemente asociados. En este término se incluyen la HTA, Colesterol elevado, Diabetes, Obesidad y sobrepeso, Tabaquismo, Sedentarismo, Estrés, Consumo de anticonceptivos orales, Alcohol, Nutrición malsana, Edad, El sexo, Herencia genética o antecedentes familiares, Hormonas sexuales y raciales

Por ello, el abordaje más correcto de la prevención cardiovascular requiere una valorización conjunta de los factores de riesgo, para lo cual se han clasificado en diferentes rubros

Se ha descrito según informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en los últimos 5 años las muertes por enfermedades cardiovasculares superan los 17 millones de personas. Por lo que se considera un problema de Salud Pública a nivel mundial. (27)

En nuestro país no disponemos de un estudio epidemiológico de los factores de riesgo cardiovascular a nivel nacional.

El propósito del presente trabajo es de identificar los factores de riesgo. En usuarios que acuden a consulta externa de cardiología del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el servicio”

El estudio consta de: Capítulo I. Introducción que contiene la situación problemática, formulación del problema, justificación, objetivos y propósito. Capítulo II. Marco Teórico que incluye los antecedentes de estudio, base teórica, y operacionalización de variables. Capítulo III y IV. Metodología, que expone el nivel, tipo y diseño de la investigación, lugar del estudio, población de estudio, criterios de selección, técnicas e instrumentos de recolección de datos; procedimientos para el análisis e interpretación de la información y consideraciones éticas. Capítulo V. presupuesto, cronograma de actividades, presupuesto. Finalmente se presenta la referencia bibliográfica, bibliografía y anexos

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades cardiovasculares en el adulto se definen como aquellas enfermedades adquiridas que comprometen el buen funcionamiento del sistema cardiovascular, la hipertensión arterial, infarto agudo al miocardio, evento cerebrovascular, enfermedad isquémica transitoria, enfermedad coronaria y otras, permaneciendo como primera causa de mortalidad mundial según la American Heart Association. (27)

El origen de esta enfermedad es multifactorial y fue un gran avance para su prevención la identificación mensurable de los denominados **Factores de Riesgo Cardiovascular** que predisponen al desarrollo de esta afección, en este término se incluyen la edad, el sexo, hipertensión arterial, hiperlipemia, diabetes, tabaquismo, obesidad, sedentarismo, dieta aterogénica, estrés socioeconómico y sicosocial, historia familiar de enfermedad prematura cardiovascular, elementos genéticos y raciales. (5)

En Latinoamérica entre las causas de enfermedad cardiovascular que han ido adquiriendo mayor relevancia son la enfermedad hipertensiva, la obesidad y la diabetes y otros factores, como el tabaquismo y la falta de actividad física, se puede afirmar que la enfermedad aterosclerótica es la epidemia del siglo XXI.(27)

Perú, un país en vías de desarrollo, no es diferente este perfil. “De acuerdo a los estudios realizados por la Sociedad Peruana de Cardiología (Tornasol), la primera causa de mortalidad en el Perú son las

enfermedades cardiovasculares. (Cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, arritmias), seguidas de las enfermedades neoplásicas, las infecciones respiratorias y digestivas, los accidentes y la violencia”. (3)

Los Resultados de los estudios prospectivos, realizados, revelan que el desarrollo de enfermedad cardiovascular está íntimamente relacionado con el estilo de vida y los factores de riesgo asociados, y que la modificación del estilo de vida y en el control de los factores de riesgo retrasan, la aparición de enfermedad coronaria y vascular tanto con anterioridad como a posteriori de que se hayan producido los eventos clínicos.

Se considera factores de riesgo a una serie de circunstancias propios de la persona o de su ambiente, que aumentan el riesgo de padecer la enfermedad y se hallan íntimamente relacionados con el desarrollo de la misma, y en este caso del desarrollo de una enfermedad cardiovascular aterosclerótica, conociendo que existen factores, tanto genéticos (no modificables) como ambientales (modificables), que implican en la predisposición a las enfermedades cardiovasculares

Sin embargo, los factores de riesgo convencionales no pueden predecir completamente la incidencia de la enfermedad coronaria. Cada vez es más evidente que otros factores de riesgo cardiovascular como los sociales, culturales y los de carácter laboral se asocian a la enfermedad cardio vascular (ECV), por lo cual es esencial que cada país haga estudios epidemiológicos para conocer su realidad y tomar sus propias medidas de prevención y control.

Una vida saludable debe estar exento de factores de riesgo asociados, pues éstos son rasgos, características y/o condiciones que elevan la posibilidad de desarrollar en las personas determinadas enfermedades

crónicas. Muchos de ellos hacen más vulnerable al paciente ante la enfermedad, algunos no se pueden modificar, pero la mayoría de ellos están regulados por la personalidad del sujeto; y por lo tanto de la capacidad o no que tengan para modificarlos, dependerá su estado de salud.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Por lo expuesto se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuáles Son Los Factores De Riesgo Cardiovascular Presentes en Usuarios Pacientes de Consulta Externa de Cardiología Del Hospital Nacional Cayetano Heredia – 2015

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son altamente prevalentes y es la causa más frecuente de muerte prematura en todo el mundo. Aumentan en los países emergentes como el nuestro a medida que disminuye la prevalencia de las enfermedades infecciosas o por desnutrición, convirtiéndose en una epidemia no transmisible.

La modificación de los factores de riesgo cardiovasculares puede reducir los episodios cardiovasculares y la muerte prematura tanto en las personas con enfermedad cardiovascular establecida como en aquellas con alto riesgo cardiovascular debido a uno o más factores de riesgo.

La identificación de los estilos de vida ha demostrado ser un predictor útil de mortalidad y hospitalización, lo que la convierte en un indicador

pronóstico del padecimiento de alguna enfermedad por lo que es de suma importancia a la hora de ejecutar las intervenciones de enfermería y de tomar decisiones terapéuticas individualizadas.

En cuanto a la producción de conocimiento en enfermería aportará un acercamiento a la realidad sobre el tema el cual será de utilidad para planificar estrategias de acción que permitirá una intervención dirigida hacia la prevención y control de las variables predictivas de enfermedad. A fin de contribuir a reducir al máximo posible el impacto de la misma a los grupos de riesgo y contribuir de esta manera a lograr cambios en el comportamiento de los pacientes con Enfermedad Cardio Vascular.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

- Determinar los factores de riesgo cardiovasculares presentes en usuarios de consulta externa de Cardiología del Hospital Nacional Cayetano Heredia 2015.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar los factores de riesgo modificables en usuarios de consulta externa Hospital Nacional Cayetano Heredia 2015.
- Identificar los factores de riesgo no modificables en usuarios de consulta externa Hospital Nacional Cayetano Heredia 2015.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Antecedentes Nacionales

Dr. LUIS SEGURA VEGA Y OTROS. ESTUDIO TORNASOL: “Factores de Riesgo de las Enfermedades Cardiovasculares en el Perú - Mayo del 2006”. Objetivos: Evaluar la prevalencia y control de los factores de riesgo cardiovascular en las 26 ciudades más importantes del Perú. Estudio de tipo descriptivo y corte transversal, con un muestreo aleatorio de la población mayor de 18 años de ambos sexos, con un mínimo de 500 sujetos por cada ciudad.

Se demuestra, lo que en epidemiología es conocido, que los factores de riesgo cardiovascular varían de una población a otra, dependiendo de caracteres étnicos.

SEGUNDO SECLÉN, JULIO LEEY, ARTURO VILLENABERNABÉ HERRERA, JULIO MENACHO, ANTONIO CARRASCO, ROLANDO VARGAS “Prevalencia de obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipercolesterolemia como factores de riesgo coronario y cerebrovascular en población adulta de la costa, sierra y selva del Perú”. Julio - Setiembre 1999. Con el objetivo de determinar los sectores de población que teniendo la enfermedad son asintomáticos y sólo son diagnosticados a partir de una glicemia en ayunas o de una curva de tolerancia a la glucosa, como lo demuestran los altos porcentajes de población diagnosticados durante el estudio, que

oscilan entre 100% en Wayku y Cuñumbuque, 50% en Tarapoto y Piura y 25% en Lima.

2.1.2. Antecedentes Internacionales

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), GINEBRA, SUIZA, LOS FACTORES SOCIALES ASOCIADOS A ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, septiembre del 2008. Resumen: El estudio demuestra con una variedad de ejemplos de varias partes del mundo, las inequidades y desigualdades “injustas y evitables” que se dan no sólo entre países sino al interior de los mismos y que son los responsables de enfermedad, desnutrición y muerte. Una mejor salud es biológicamente posible siempre y cuando se tomen medidas contra la injusticia y la desigualdad.

Conclusiones: Los factores sociales, más que los genéticos, son los responsables de las enormes diferencias en la salud y expectativa de vida en todo el mundo. Es una de las conclusiones de la investigación desarrollada durante tres años por un grupo destacado de expertos, rectores de políticas, docentes, ex jefes de estado y ministros de salud que integran una comisión especial de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

DR. ELOSUA, ROBERTO, PUBLICADO EN ROCHE, SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TROMBOSIS Y HEMOSTASIA. LAS PERSONAS CON NIVEL DE ESTUDIOS PRIMARIOS TIENEN MAYOR RIESGO DE PADECER UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, 07 octubre 2010, Resumen: Un estudio publicado en la última edición de Revista Española de

Cardiología (REC) y realizado por el Grupo de Epidemiología y Genética Cardiovascular del IMIM (Instituto de Investigación del Hospital del Mar) de Barcelona, el Servicio de Cardiología del Hospital Josep Trueta de Girona y el grupo de Atención Primaria de Girona de la Fundación Jordi Goll ha analizado la relación existente entre la posición socioeconómica y el riesgo de sufrir un infarto agudo de miocardio.

Según el estudio, las personas de clases sociales más bajas (basándonos en el nivel de estudios y la ocupación) son más propensas a sufrir este tipo de infartos que las que tienen una posición socioeconómica más alta, independientemente de la prevalencia de los factores de riesgo que se padezcan.

El estudio ha incluido 1.369 pacientes con infarto de miocardio y 1.369 personas sanas de la misma edad y con la misma proporción de hombres y mujeres que los pacientes y representativas de la población general. Los participantes se clasificaron en tres categorías: directivos, titulados superiores y técnicos; administrativos, trabajadores por cuenta propia y supervisores de trabajadores cualificados, y trabajadores manuales, en función de su ocupación, y en personas con estudios universitarios o superiores, estudios secundarios y estudios primarios o inferiores, en función de su nivel de estudios. Tras analizar a los pacientes teniendo en cuenta estas características, e independientemente de los factores de riesgo cardiovascular que presentaban (entre ellos, hipercolesterolemia, obesidad, diabetes, hipertensión, tabaquismo), se ha descubierto que el nivel de estudios y la clase social basada en la ocupación son indicadores que

proporcionan información complementaria al médico a la hora de determinar el riesgo que puede presentar un paciente a sufrir un infarto agudo de miocardio.

Dr. ROBERTO ELOSUA, DEL GRUPO DE EPIDEMIOLOGÍA Y GENÉTICA CARDIOVASCULAR DEL IMIN y uno de los autores del estudio y miembro de la Sociedad Española de Cardiología, “El hecho de que el riesgo de sufrir un infarto agudo de miocardio sea más alto en las clases socioeconómicas más bajas indica que existen factores sociales que también contribuyen a determinar el riesgo de presentar una enfermedad como el infarto de miocardio. Estos factores sociales incluyen las desigualdades a nivel económico, la marginación social, la inseguridad laboral, la falta de apoyo social y la falta de oportunidades para la educación. Estos factores podrían explicar que por ejemplo, las clases sociales con mayor nivel económico y social sean las que adquieren hábitos de vida más saludables con mayor rapidez y que tengan acceso a una alimentación más saludable, que generalmente resulta también más cara”.

En este sentido, el Dr. Elosua destaca que por este motivo “Las últimas guías europeas establecen que hay que tener en cuenta estos factores sociales a la hora de diseñar programas globales de prevención cardiovascular.”

MARMOT MG, SMITH, Y OTROS. ESTUDIO WHITEHALL II: Las desigualdades en salud entre los funcionarios públicos británicos, en el año 1967. Objetivo: Investigar las relaciones entre el trabajo, el estrés y la salud. El estudio Whitehall II, examinó la salud de 10.308 funcionarios, entre 35 y 55, de los cuales dos tercios eran hombres y una tercera mujer. “El estudio

Whitehall se concentra en una "industria" en el que hay poca heterogeneidad dentro de los grados profesionales y claras divisiones sociales entre los grados" ⁽¹²⁾

"El estudio Whitehall II encontró que la forma de trabajo se organiza, el clima de trabajo, las influencias sociales fuera del trabajo, las influencias de la vida temprana, y las conductas de salud, contribuyen a la gradiente social en salud.

"Se observó una asociación inversa entre grado (nivel) del empleo y la mortalidad por enfermedades del corazón y una gran variedad de otras causas. Los hombres en la categoría más baja (mensajeros, porteros, etc.) tuvo una tasa tres veces mayor de mortalidad que los hombres en el grado más alto (los administradores)."

"A través de este estudio Whitethall se relacionó el clima laboral, la jerarquía en el centro de labores; específicamente el grado en el empleo con el desarrollo o mortalidad por enfermedad cardiovascular".

CHANDOLA TARANI, Y OTROS; Estrés laboral y enfermedad coronaria: ¿Cuáles son los mecanismos?; año 2008. Objetivo: Determinar los factores biológicos y de comportamiento que une el estrés laboral con la enfermedad cardíaca coronaria (ECC). Población de 10308 funcionarios con sede en Londres, entre hombres y mujeres de 35-55 años. "Las exposiciones incluyen el estrés laboral y los resultados incluidos factores de riesgo conductuales, el síndrome metabólico, la variabilidad del ritmo cardíaco, aumento de cortisol en la mañana y el incidente de enfermedad coronaria sobre la base de muerte por enfermedad

coronaria, infarto no fatal de miocardio, angina de pecho. El estrés laboral crónico se asocia con enfermedades del corazón y esta asociación fue más fuerte entre los participantes menores de 50. Se encontraron asociaciones similares entre el estrés laboral y la escasa actividad física, una dieta pobre, el síndrome metabólico, sus componentes y una menor variabilidad del ritmo cardíaco. Existe evidencia creciente del papel potencial del estrés laboral en la patogénesis de la enfermedad coronaria prematura conductuales los cuales definitivamente se asocian a la patogénesis de la enfermedad coronaria.”

ROSENGREN A. Y OTROS. ESTUDIO INTERHEART: Riesgo individual y poblacional en infarto agudo del miocardio, Publicado: 11 de septiembre 2004 en Chile. Objetivo: Investigar la relación de los factores psicosociales de riesgo de infarto de miocardio en Chile. Población: Entre febrero de 1999 y marzo de 2003, se reclutaron 322 casos y 672 controles en Chile. Se obtuvo información con un cuestionario estructurado sobre factores demográficos, socioeconómicos (educación, ingreso), estilo de vida (tabaco, actividad física, dieta), factores psicosociales (depresión, estrés percibido, eventos estresantes y locus de control) historia personal y familiar de enfermedad cardiovascular y factores de riesgo (hipertensión, diabetes mellitus). Los datos obtenidos mostraron el rol de los factores de riesgo en el IAM en Chile, con un marcado efecto del tabaquismo, de un perfil de lípidos anormal y de la hipertensión arterial, que explican la mayor parte de los casos en el país.

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en el mundo, siendo responsables de 1,9 millones de fallecimientos cada año tan sólo en la Unión Europea. En España, estas enfermedades determinan el 35% de todas las muertes entre los varones y el 43% entre las mujeres.

La más frecuente de todas es la aterosclerosis, que es responsable del mayor número de muertes. Se caracteriza por la deposición de lípidos (grasas) y otros componentes en la pared de las arterias, dificultando el flujo adecuado de la sangre hacia los órganos vitales como el corazón o el cerebro.

Detectar precozmente este proceso insidioso, que comienza en edades tempranas de la vida y sigue una evolución asintomática durante décadas

La aparición de la enfermedad y su progresión están condicionadas por la presencia de los llamados factores de riesgo: consumo de tabaco, colesterol elevado, hipertensión, vida sedentaria, sobrepeso/obesidad y diabetes, entre otros. A partir de estos factores, el médico intenta predecir el riesgo de un individuo de padecer la enfermedad, con el fin de aplicar medidas de prevención adecuadas

2.2.2. ETIOLOGÍA

El origen de esta enfermedad es multifactorial y fue un gran avance para su prevención la identificación mensurable de los denominados Factores de Riesgo Cardiovasculares que

predisponen al desarrollo de esta afección. Los factores de riesgo cardiovasculares están epidemiológicamente implicados en la alta incidencia de las complicaciones aterotrombóticas. (23)

2.2.3. SÍNTOMAS

No existe ningún síntoma que identifique inequívocamente una enfermedad del corazón, pero algunos síntomas sugieren esta posibilidad y la asociación de varios permite establecer un diagnóstico casi exacto. (23) Entre los signos y síntomas generales tenemos: Dolor, disnea, fatiga, palpitaciones, mareos y desmayos.

Para la OMS las causas de las ECV están bien definidas y son bien conocidas. Las causas más importantes de cardiopatía y accidente cerebro vasculares son los llamados "factores de riesgo modificables".

Factor de riesgo corresponde a una característica biológica o comportamiento presente en una persona sana que está relacionada en forma independiente con el desarrollo posterior de una ECV, es decir aumenta la probabilidad de la presentación de dicha enfermedad. (26)

Los factores de riesgo que afectan al desarrollo de la enfermedad cardiovascular se pueden clasificar en diferentes categorías en función de si son modificables o no modificables y de la forma en que contribuyen a la aparición de la enfermedad cardiovascular. (27)

2.2.4. FACTORES DE RIESGO

Entendemos por Riesgo “una medida que refleja la probabilidad que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad o muerte). El factor de riesgo es “una característica o circunstancia detectable en un individuo o en grupos asociados con una probabilidad incrementada al experimentar un daño a la salud.

El término “Factor de Riesgo” se usa con tres atributos distintos:

1. Un atributo o exposición que se asocia con una probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico tal como la ocurrencia de una enfermedad. Este atributo no necesariamente constituye un factor causal.
2. Un atributo o exposición que aumenta la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro resultado específico.
3. Un determinante que puede ser modificado por alguna forma de intervención logrando disminuir la probabilidad de la ocurrencia de alguna enfermedad o de otro daño específico a la salud, para evitar confusión esta connotación o parentesco debe ser referida como factor de riesgo modificable. (13,14)

2.2.5. ¿QUÉ SON LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR?

Se consideran factores de riesgo cardiovascular, aquellos hábitos, patologías, antecedentes o situaciones que, cuando están presentes en un determinado individuo, incrementan la probabilidad de desarrollar la enfermedad cardiovascular en un futuro más o menos lejano. Cuantos más factores de riesgo tenga una persona, mayores serán sus probabilidades de padecer una enfermedad del corazón. Algunos factores de riesgo pueden cambiarse, tratarse o

modificarse y otros no; pero el control del mayor número posible de factores de riesgo, mediante cambios en el estilo de vida y/o medicamentos, puede reducir el riesgo cardiovascular.

A. Familiares

Se consideran antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular aquellos eventos como el infarto de miocardio o accidente cerebro vascular que padecen familiares de primer grado (padre, madre o hermanos/as) de modo precoz. Es decir en varones menores de 55 años o mujeres menores de 65 años.

Ya que los antecedentes familiares son un elemento de riesgo no modificable, se recomienda a las personas con predisposición familiar a padecer enfermedades cardiovasculares que concentren sus esfuerzos en el control de los otros factores sobre los que sí es posible actuar manteniendo un estilo de vida cardiosaludable.

B. Hipertensión

La presión arterial (PA) o tensión arterial (TA) es la presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias. Esta presión es imprescindible para que circule la sangre por los vasos sanguíneos y aporte el oxígeno y los nutrientes a todos los órganos del cuerpo para que puedan funcionar. La presión máxima se obtiene en cada contracción del corazón y la mínima, con cada relajación.

La hipertensión es la presencia continuada o mantenida de valores altos de presión arterial por encima de unos límites considerados normales. La hipertensión es un factor de riesgo

ya que supone una mayor resistencia para el corazón, que responde aumentando su masa muscular (hipertrofia ventricular izquierda) para hacer frente a ese sobreesfuerzo. Este incremento de la masa muscular acaba siendo perjudicial porque no viene acompañado de un aumento equivalente del riego sanguíneo y puede producir insuficiencia coronaria y angina de pecho. Además, el músculo cardíaco se vuelve más irritable y se producen más arritmias.

La hipertensión propicia la arterioesclerosis (cúmulos de colesterol en las arterias) y fenómenos de trombosis (obstrucción completa de las arterias) que pueden dar lugar a infarto de miocardio o infarto cerebral. En el peor de los casos, la hipertensión arterial puede debilitar las paredes de la aorta y provocar su dilatación (aneurisma) o rotura (lo que inevitablemente causa la muerte).

C. Diabetes

La diabetes es un factor de riesgo cardiovascular muy relevante ya que tanto si la producción de insulina es insuficiente como si existe una resistencia a su acción, la glucosa se acumula en la sangre (hiperglucemia). Este exceso de glucosa mantenido daña progresivamente los vasos sanguíneos (arterias y venas) y acelera el proceso de arteriosclerosis, aumentando el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular como la angina de pecho, el infarto agudo de miocardio y la muerte cardíaca súbita. El riesgo cardiovascular de una persona diabética de padecer un evento cardiovascular se iguala al de una persona no diabética que haya tenido un infarto.

También incrementa la posibilidad de enfermedad cerebrovascular o afectación de las arterias periféricas. Para entrar en el cerebro la glucosa no necesita insulina, ya que penetra directamente desde la sangre. Mantener unos niveles constantes de glucosa en la sangre (entre 60-110 mg/dl) evita que se produzcan daños a nivel del sistema nervioso.

La diabetes además puede dañar diferentes órganos: a los ojos, con disminución progresiva de visión que puede desembocar en ceguera; a los riñones, con pérdida creciente de la función renal que puede requerir diálisis; al sistema nervioso periférico con alteración de la sensibilidades de los miembros inferiores, lo que supone un grave riesgo de úlceras y amputaciones; al sistema nervioso autonómico con alteraciones digestivas, urinarias y de la esfera sexual (impotencia) y a las arterias de las extremidades inferiores con riesgo de amputaciones.

D. Hipercolesterolemia

El colesterol es una sustancia grasa natural presente en todas las células del cuerpo humano necesaria para el normal funcionamiento del organismo. Del 20-25% del colesterol se produce en el hígado. Otros órganos con altos niveles de síntesis son el intestino, los órganos reproductivos y las glándulas adrenales, aunque también se obtiene a través de algunos alimentos.

El transporte de colesterol de unos órganos a otros se lleva a cabo a través de la sangre uniéndose a partículas llamadas lipoproteínas.

Existen dos tipos de lipoproteínas:

- De baja densidad (LDL): se encargan de transportar colesterol desde el hígado a células periféricas.
- De alta densidad (HDL): recogen el colesterol en exceso de las células periféricas y lo transportan al hígado para su eliminación a través de la bilis.

Si los niveles de colesterol en sangre se elevan producen hipercolesterolemia. Está demostrado que las personas con niveles de colesterol en sangre de 240 mg/dl tienen el doble de riesgo de sufrir un infarto de miocardio que aquellas con cifras de 200 mg/dl.

Cuando se rompe el equilibrio idóneo entre el colesterol de las células y el circulante por la sangre, el exceso del mismo se deposita en la pared de la arteria y contribuye a su deterioración y progresivo estrechamiento originando la arterioesclerosis

La hipercolesterolemia se diagnostica mediante un análisis de sangre que determine los niveles de colesterol y también de los triglicéridos. Es conveniente que las personas con riesgo de padecer una dislipemia (alteración de los niveles normales de estas grasas), que tengan familiares con cardiopatía isquémica y otras enfermedades cardiovasculares, se sometan a esta prueba desde edades tempranas.

E. Obesidad

La obesidad aumenta las probabilidades de adquirir otros factores de riesgo cardiovascular, como niveles elevados de

colesterol en sangre, diabetes y, especialmente, hipertensión. Se estima que la hipertensión es 2,5 veces más frecuente en los obesos que en las personas de peso normal.

En la actualidad, la obesidad se define mediante el índice de masa corporal (IMC), que se calcula dividiendo los kilogramos de peso por el cuadrado de la talla en metros ($IMC = kg/m^2$)

. Se considera que una persona padece sobrepeso si tiene un IMC superior a 25 y que es obesa si la cifra es superior a 30.

✓ **Obesidad abdominal**

El perímetro de la cintura es un parámetro antropométrico que se utiliza para determinar la grasa acumulada en el abdomen. Un depósito excesivo de grasa en esta zona incrementa considerablemente el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Por ello, mantener el perímetro abdominal dentro de unos límites razonables es muy importante para el normal funcionamiento del corazón, los vasos sanguíneos, el metabolismo, los huesos y otros órganos de nuestro cuerpo.

La obesidad abdominal (o central) tiene peores consecuencias en el metabolismo, ya que favorece el desarrollo de diabetes y gota. Además quienes la padecen tienen altas posibilidades de acumular grasa también en órganos vitales, lo que favorece la aparición de enfermedades cardiovasculares.

F. Tabaquismo

El tabaco perjudica seriamente su salud y la de los que le rodean. Fumar se relaciona con más de 25 enfermedades y es la

principal causa de muerte de gran parte de los cánceres. Según el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), es el factor de riesgo cardiovascular más importante porque la incidencia de la patología coronaria en los fumadores es tres veces mayor que en el resto de la población.

La posibilidad de padecer una enfermedad de corazón es proporcional a la cantidad de cigarrillos fumados al día y al número de años en los que se mantiene este hábito nocivo.

Según datos del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo

(CNPT), el riesgo de padecer cáncer de pulmón es de un 20 a un 50 por ciento más elevado en quienes conviven con personas fumadoras. Además, la exposición al aire contaminado por el humo del tabaco supone un aumento del 30 por ciento de riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Si vives con alguien que consume una cajetilla diaria es como si tú fumaras también nueve cigarrillos.

G. Hábitos alimentarios inadecuados

Una alimentación inadecuada es uno de los principales desencadenantes de la aparición de los principales factores de riesgo cardiovascular:

Obesidad, diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia. Por tanto adoptando unos nuevos hábitos a la hora de alimentarnos y apostando por una dieta cardio saludable, podemos llegar a reducir nuestro riesgo de sufrir una enfermedad del corazón.

H. Sedentarismo

La inactividad física o sedentarismo se considera uno de los mayores factores de riesgo en el desarrollo de la enfermedad cardíaca e incluso se ha establecido una relación directa entre el estilo de vida sedentario y la mortalidad cardiovascular. Una persona sedentaria tiene más riesgo de sufrir aterosclerosis, hipertensión y enfermedades respiratorias.

Para prevenir problemas de salud futuros, es muy recomendable la práctica regular de algún tipo de ejercicio físico. Las pautas de actividad física recomendadas por la OMS incluyen realizar:

- ✓ Un mínimo de 30 minutos de actividad física de intensidad moderada 5 días por semana; o bien Un mínimo de 20 minutos de actividad física de intensidad alta 3 días por semana.
- ✓ Se debe elegir un ejercicio que nos resulte agradable y fácil de poner en práctica en nuestra vida diaria, evitando aquellas que supongan una carga excesiva que en pocos días sean difíciles de cumplir y conduzcan a su abandono.
- ✓ Además se recomienda ser activos en nuestra vida diaria, dando paseos a buen ritmo, utilizando las escaleras en lugar de los ascensores, andar hasta la parada más cercana de transporte público en lugar de coger el coche, bajarse una parada antes en el metro o bus y realizar el resto del trayecto caminado, etc.

2.2.6. FACTORES PSICOSOCIALES Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Como se ha demostrado en numerosos estudios internacionales, factores como los trastornos del sueño, el estrés y los síntomas depresivos se han relacionado con las enfermedades

cardiovasculares. En España, la recogida de este tipo de datos dentro de un estudio cardiovascular es pionera y permitirá obtener información sobre el impacto que estos factores tienen en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular.

Se puede vivir más y mejor con unos hábitos de vida saludables tanto físicos como mentales. Preste especial atención a las recomendaciones generales que le ofrecemos para que su perfil cardiovascular mejore:

- ✓ Tómese un tiempo para sí mismo, relajándose y soltando la tensión acumulada de todo el día con el objetivo de sentirse bien consigo mismo.
- ✓ El buen sentido del humor ayuda a neutralizar las emociones negativas, reduciendo la tensión muscular que éstas provocan y el estrés generado.

De esta manera, también se favorecen las relaciones personales y se consigue una mayor satisfacción personal.

- ✓ La actitud, pensamiento o sentimiento positivo son claves para aliviar el estrés y disminuir los síntomas depresivos.

A. Sueño

Para conseguir que el cuerpo y la mente tengan un rendimiento óptimo durante el día son precisas unas necesidades básicas de sueño que varían en cada persona e incluso en la misma persona a lo largo de su vida.

El número de horas que cada uno necesita va a depender del desgaste energético y mental que esté desarrollando en cada momento. Para

conseguir cierto equilibrio hay que tener en cuenta el número de horas necesarias que son aquellas que le permiten estar bien durante el día sin sentir somnolencia hasta la noche siguiente. Lo recomendable es 7 horas diarias dado que los estudios de sueño y mortalidad consistentemente han demostrado que las personas que presentan 7 horas de sueño tienen el menor riesgo de mortalidad

2.2.7. Otros trastornos del sueño son: Apnea e insomnio

A. **Apnea:** En este trastorno del sueño la respiración se detiene o se hace muy superficial produciéndose pausas de 10 y 20 segundos o incluso más largas. Las apneas repetitivas exponen al sistema cardiovascular a una falta de oxígeno y un aumento de la presión arterial.

La característica más común de la apnea es la somnolencia diurna debido a que el sueño se interrumpe durante la noche.

A continuación, ofrecemos unas recomendaciones generales que ayudarán a dormir de manera más satisfactoria a aquellas personas que padecen apnea.

- Intente dormir de lado en lugar de hacerlo boca arriba.
- El ser fumador facilita la obstrucción de las vías respiratorias. Por ello, intente dejarlo.
- El tener sobrepeso también dificulta su correcta respiración nocturna. Intente bajar de peso de manera controlada con la ayuda de un especialista.
- Interrumpa el uso de alcohol o medicamentos para favorecer el sueño antes de dormir porque relajan los músculos de la parte posterior de su garganta haciendo que le sea más difícil respirar.

B. Insomnio: El insomnio es un desorden del sueño que impide dormir durante períodos prolongados de tiempo e incluso puede provocar que una persona no logre conciliarlo por completo. Provoca una disminución en su concentración, alteraciones en el comportamiento y también en su vida cotidiana.

Se manifiesta de varias formas:

- Dificultad para conciliar el sueño al acostarse (insomnio inicial, el más común de los tres)
- Despertares frecuentes durante la noche (insomnio intermedio)
- Despertares muy temprano por la mañana, antes de lo planeado
- (insomnio terminal)

A continuación, le ofrecemos una serie de pautas que ayudan a conciliar el sueño:

- Mantener horarios regulares, tanto a la hora de acostarse como de levantarse.
- Realizar ejercicio físico de manera regular, evitando hacerlo cerca de la hora de acostarse.
- Evitar cenas copiosas y la ingesta de alcohol y cafeína cerca de la hora de acostarse.

C. Estrés: El estrés es la reacción (fisiológica, cognitiva y motora) del organismo ante un hecho determinado de activación inmediata, intensa y que predispone a éste para la acción, movilizándolo sus recursos.

Las situaciones estresantes aumentan la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la liberación de ciertas hormonas. Si el estrés se relaciona con otros factores de riesgo importantes (diabetes,

hipertensión, tabaquismo,...), puede provocar ciertas enfermedades cardiovasculares como la angina de pecho o la aterosclerosis.

Técnicas que ayudan a reducir el estrés:

A. Respiración diafragmática

Es la más profunda de todas y ayuda a que se sienta mucho más relajado porque aumenta la oxigenación. Consiste en llevar el aire que inspire, preferiblemente por la nariz, hasta el diafragma (músculo que separa la cavidad torácica de la cavidad abdominal). Sabrá que está realizando bien la respiración cuando al poner sus manos en la barriga note cómo se hincha y perciba cómo se llenan intensamente sus pulmones.

B. Relajación progresiva breve

Esta técnica consiste en la disminución progresiva y voluntaria de la contracción muscular de su cuerpo. Antes de comenzar, es necesario realizar este ejercicio en un lugar tranquilo, con una temperatura agradable y el cuerpo tumbado o reclinado.

Empiece a tensar el cuerpo por los puños y continúe por el resto del cuerpo hasta sentirlo en su mayoría tenso durante 7-9 segundos.

Después de la tensión, deje el cuerpo suelto, sin tensión y concéntrese en la sensación placentera que se está generando en usted durante 30-40 segundos. Repita el ejercicio dos veces más.

C. Actividad física

La práctica de actividad física varias veces por semana ayuda a liberar tensiones y a relajarse mentalmente.

También puede optar por el yoga que es una actividad que favorece tanto el control físico como mental de su propio cuerpo aprendiendo a relajarse con las diferentes técnicas que se aplican.

Recomendaciones generales para una dieta saludable

A continuación le exponemos una serie de pautas dietéticas sencillas y fáciles de implementar en nuestro día a día basadas en la Guía de Alimentación Saludable

- Realice entre 5-6 comidas a lo largo del día (desayuno, media mañana, comida, merienda, cena).
- Respete los horarios de comida y, si es posible, no saltarse ninguna de ellas.
- Coma despacio, tranquilo y masticando bien y, si es posible, en compañía.
- Utilice técnicas culinarias sencillas (vapor, hervido, plancha, horno, papillote, salteado, etc.).
- Beba al menos 6-8 vasos de agua al día.
- Es recomendable consumir 5 piezas entre frutas y verduras al día.
- Debe consumir de 2 a 4 raciones de lácteos al día, según su edad y situación fisiológica (embarazo, lactancia, etc.). Entre la población adulta es recomendable el consumo de lácteos desnatados, por su menor contenido en energía, en ácidos grasos saturados y colesterol.

- Aumente el consumo de productos integrales: pan, pasta, arroz, harina.
- Modere la cantidad de grasas de su dieta y cuide su calidad: consumo esporádico de embutidos y carnes rojas, favoreciendo el consumo de pescado y carnes blancas. Utilice el aceite de oliva para cocinar y limite el consumo de pastelería.
- Las legumbres son una buena fuente de proteínas y fibra. Tómelas tanto guisadas como en ensalada o purés.
- Lleve un estilo de vida activo.
- Reduzca el consumo de azúcares refinados y sal.
- Realice una alimentación variada y en cantidad suficiente.

Factores modificables, son aquellos que pueden ser corregidos o eliminados a través de cambios en el estilo de vida.

- ✓ **Hipertensión Arterial:** Un número significativo de estudios epidemiológicos han evidenciado que las cifras elevadas de presión arterial (diastólica y sistólica) son un factor de riesgo para la enfermedad coronaria, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad cerebrovascular y el fallo renal. ⁽³⁴⁾

Según el MINSA se considera hipertenso al paciente que presenta presiones arteriales mayores o iguales a 140/90 mmHg en al menos tres controles.

Cuando existe hipertensión, el corazón se ve obligado a trabajar con más esfuerzo, lo que en un período de tiempo suficientemente largo puede provocar un aumento de volumen del corazón y un deterioro en la función de bombeo (deficiencia cardíaca). Por otra parte, la presión sanguínea alta mantenida contra las paredes de las arterias facilita la arteriosclerosis o endurecimiento de las arterias. Los vasos sanguíneos dañados a menudo no pueden entregar suficiente

oxígeno a los órganos vitales, en particular al cerebro y el propio corazón. ⁽³⁵⁾

La HTA es un factor de riesgo de primer orden para el desarrollo de la hipertrofia ventricular izquierda, la insuficiencia cardiaca, el infarto de miocardio y la angina de pecho, la mortalidad total, la mortalidad por causas cardiovasculares y la muerte súbita.⁽³⁶⁾

Colesterol elevado: El colesterol es una sustancia grasa natural presente en todas las células del cuerpo y es fundamental para el normal funcionamiento del organismo. El colesterol es el compuesto que mayoritariamente se deposita en las arterias, estrechándolas.

Para circular en la sangre, el colesterol se combina con proteínas llamadas lipoproteínas cuya misión es transportar el colesterol y los triglicéridos. Estas lipoproteínas se sintetizan en el hígado y en el intestino. Al porcentaje de colesterol que circula unido a la lipoproteína **HDL** se le llama colesterol bueno y al que circula unido al **LDL** se le llama colesterol malo.

- ✓ **HDL:** Estas lipoproteínas se encargan de arrastrar el colesterol desde las arterias al hígado para que lo elimine, por lo tanto, protege al organismo de la acumulación de colesterol en las células y las arterias. **-LDL:** Estas lipoproteínas transportan el colesterol por todo el organismo y si se encuentran sobre los valores aceptables, permiten que se deposite en las arterias. Este complejo colesterol LDL se deriva de dietas ricas en grasas saturadas y colesterol. El colesterol, en cifras normales, es imprescindible para el metabolismo de cualquier célula, sólo resulta peligroso si sus niveles sanguíneos se elevan.

Establecer una cifra normal de colesterol es difícil, pero se sabe que las personas con nivel de colesterol en la sangre mayor a 240 mg/dl tienen doble riesgo de tener un infarto al miocardio que aquellas con niveles menores de 200 mg/dl.

- ✓ **Diabetes:** La diabetes mellitus es una alteración metabólica caracterizada por la presencia de hiperglucemia crónica que se acompaña de alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas y lípidos. ⁽³⁷⁾

La hiperglucemia, la principal anormalidad metabólica de la diabetes, es un factor de riesgo por sí mismo que se asocia no sólo a enfermedad microvascular, sino también a enfermedad vascular aterosclerótica, por mecanismos que incluyen la glucosilación de proteínas de la pared arterial, glucosilación de lipoproteínas, acumulación en los tejidos de los denominados productos terminales de la glucosilación, incremento de los procesos oxidativos de la pared arterial y alteraciones de la trombogénesis y de la función endotelial. ⁽³⁸⁾ Este estado de hiperglicemia produce una arteriosclerosis acelerada, dañando progresivamente los vasos sanguíneos.

- ✓ **Obesidad y Sobrepeso:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25 kg /m², y la obesidad como un IMC igual o superior a 30 kg /m². Y una circunferencia abdominal en varones, mayor de 102 cm y en mujeres mayor de 82 cm. Indicando que la causa fundamental de la obesidad y el sobrepeso es un desequilibrio entre el ingreso y el gasto de calorías.

El aumento mundial del sobrepeso y la obesidad es atribuible a varios factores, entre los que se encuentran: la modificación

mundial de la dieta, con una tendencia al aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes y la tendencia a la disminución de la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchos trabajos, a los cambios en los medios de transporte y a la creciente urbanización.

Según la ENDES 2009, uno de los principales problemas nutricionales emergentes lo constituye el sobrepeso y la obesidad; las cifras alcanzan el 34,7% y 15,7% respectivamente, a nivel nacional.

Los estudios realizados por INS/CENAN a nivel nacional, en población peruana de 20 años a más (varón y mujer), muestran que la prevalencia de sobrepeso y obesidad alcanza al 51%.

- ✓ **Tabaquismo:** El tabaquismo aumenta el riesgo de cáncer de pulmón, pero pocos saben que también aumenta apreciablemente el riesgo de enfermedad cardiovascular y de enfermedad vascular periférica (enfermedad de los vasos sanguíneos que riegan los brazos y las piernas). Según la Asociación Americana del Corazón, más de 400.000 estadounidenses mueren cada año de enfermedades relacionadas con el tabaquismo. Muchas de estas muertes se deben a los efectos del humo del tabaco en el corazón y los vasos sanguíneos. Las investigaciones demuestran que fumar acelera el pulso, contrae las principales arterias y puede provocar irregularidades en la frecuencia de los latidos del corazón, todo lo cual aumenta el esfuerzo del corazón. Fumar también aumenta la presión arterial, lo cual a su vez aumenta el riesgo de un ataque cerebral en personas que sufren de hipertensión. Aunque la nicotina es el agente activo principal del humo del tabaco, otros compuestos y sustancias químicas, tales como el alquitrán y el monóxido de

carbono, también son perjudiciales para el corazón. Estas sustancias químicas contribuyen a la acumulación de placa grasa en las arterias, posiblemente por lesionar las paredes de los vasos sanguíneos. También afectan al colesterol y a los niveles de fibrinógeno (un coagulante sanguíneo), aumentando así el riesgo de que se forme un coágulo sanguíneo que pueda provocar un ataque al corazón.

- ✓ **Inactividad física:** La inactividad física se considera uno de los mayores factores de riesgo en el desarrollo de las enfermedades cardíacas, incluso se ha establecido una relación directa entre el estilo de vida sedentario y la mortalidad cardiovascular. El ejercicio regular disminuye la presión sanguínea, aumenta el colesterol HDL y ayuda a prevenir el sobrepeso y la diabetes. Por otro lado colabora a disminuir el estrés, considerado como otro factor que favorece la aparición de complicaciones.

La Asociación Americana del Corazón recomienda realizar entre 30 a 60 minutos diarios de ejercicios aeróbicos para reducir el riesgo de sufrir un infarto. Antes de iniciar cualquier programa de entrenamiento físico se recomienda consultar con su médico.

- ✓ **Estrés:** Se cree que el estrés es un factor contribuyente al riesgo cardiovascular, los investigadores han descubierto varias razones por las cuales el estrés puede afectar al corazón. Las situaciones estresantes aumentan la frecuencia cardíaca y la presión arterial, aumentando la necesidad de oxígeno del corazón. Esta necesidad de oxígeno puede ocasionar una angina de pecho, o dolor en el pecho, en enfermos del corazón.

En momentos de estrés, el sistema nervioso libera más hormonas (principalmente adrenalina). Estas hormonas aumentan la presión arterial, lo cual puede dañar la capa interior de las arterias. Al

cicatrizarse las paredes de las arterias, éstas pueden endurecerse o aumentar en grosor, facilitándose así la acumulación de placa.

El estrés también aumenta la concentración de factores de coagulación en sangre, aumentando así el riesgo de que se forme un coágulo. Los coágulos pueden obstruir totalmente una arteria ya parcialmente obstruida por placa y ocasionar un ataque al corazón.

- ✓ **Consumo de anticonceptivos orales:** las primeras píldoras anticonceptivas contenían niveles elevados de estrógeno y progestágeno, y tomarlas aumentaba las probabilidades de sufrir una enfermedad cardiovascular o un ataque cerebral, especialmente en mujeres mayores de 35 años que fumaban. Pero los anticonceptivos orales de hoy contienen dosis mucho menores de hormonas y se consideran seguros en mujeres menores de 35 años de edad que no fuman ni sufren de hipertensión.

Sin embargo, los anticonceptivos orales aumentan el riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular y coágulos sanguíneos en mujeres que fuman o tienen otros factores de riesgo, especialmente si son mayores de 35 años. Según la Asociación Americana del Corazón, las mujeres que toman anticonceptivos orales deben realizarse chequeos anuales que incluyan un control de la presión arterial, los triglicéridos y el azúcar en sangre.

- ✓ **Alcohol:** Según los expertos, el consumo moderado de alcohol es un promedio de una o dos bebidas por día para los hombres y de una bebida por día para las mujeres. Una bebida se define como 1,5 onzas líquidas (44 ml) de bebidas espirituosas de una graduación alcohólica de 40° (80 proof) (tal como whisky americano o escocés, vodka, ginebra, etc.), 1 onza líquida (30 ml) de bebidas espirituosas de una graduación alcohólica de 50° (100 proof), 4

onzas líquidas (118 ml) de vino o 12 onzas líquidas (355 ml) de cerveza. Pero el excederse de un consumo moderado de alcohol puede ocasionar problemas relacionados con el corazón, tales como hipertensión, accidentes cerebrovasculares, latidos irregulares y cardiomiopatía (enfermedad del músculo cardíaco). Además, una bebida típica tiene entre 100 y 200 calorías. Las calorías del alcohol a menudo aumentan la grasa corporal, lo cual puede a su vez aumentar el riesgo cardiovascular. No se recomienda que las personas que no beben comiencen a hacerlo ni que los que ya beben aumenten su consumo de alcohol.

Factores no modificables, son constitutivos de la persona la que siempre tendrá ese factor de riesgo ya que no es posible revertirlo o eliminarlo.

Edad: Las personas mayores tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades del corazón. Aproximadamente 4 de cada 5 muertes debidas a una enfermedad cardíaca se producen en personas mayores de 65 años de edad. Con la edad, la actividad del corazón tiende a deteriorarse. Puede aumentar el grosor de las paredes del corazón, las arterias pueden endurecerse y perder su flexibilidad y, cuando esto sucede, el corazón no puede bombear la sangre tan eficientemente como antes a los músculos del cuerpo. Debido a estos cambios, el riesgo cardiovascular aumenta con la edad. Gracias a sus hormonas sexuales, las mujeres generalmente están protegidas de las enfermedades del corazón hasta la menopausia, que es cuando su riesgo comienza a aumentar. Las mujeres mayores de 65 años de edad tienen aproximadamente el mismo riesgo cardiovascular que los hombres de la misma edad.

- ✓ **Sexo:** Los hombres tienen un riesgo mayor que las mujeres de sufrir un ataque al corazón. La diferencia es menor cuando las mujeres comienzan la menopausia, porque las investigaciones demuestran que el estrógeno, una de las hormonas femeninas, ayuda a proteger a las mujeres de las enfermedades del corazón. Pero después de los 65 años de edad, el riesgo cardiovascular es aproximadamente igual en hombres y mujeres cuando los otros factores de riesgo son similares.

- ✓ **Herencia genética o antecedentes familiares:** Los miembros de familias con antecedentes de ataques cardíacos se consideran en una categoría de riesgo cardiovascular más alta. El riesgo en hombres con historias familiares de ECV antes de los 50 años de edad es de 1,5 veces a 2 mayor que en quienes no aportan el factor hereditario. En cambio, parece ser que la cuestión genética influye en menor medida en las mujeres.

Todavía está por aclarar si la correlación entre antecedentes familiares de cardiopatías y el mayor riesgo cardiovascular se debe solamente a factores genéticos o es más bien la consecuencia de la transmisión de unos hábitos y un estilo de vida de padres a hijos. Si bien es cierto que las personas con una historia familiar de ECV no pueden cambiar su herencia, sí pueden tomar medidas para minimizar las probabilidades de sufrir un ataque cardíaco. ⁽²⁸⁾

Las enfermedades del corazón suelen ser hereditarias. Por ejemplo, si los padres o hermanos padecieron de un problema cardíaco o circulatorio antes de los 55 años de edad, la persona tiene un mayor riesgo cardiovascular que alguien que no tiene esos antecedentes familiares. Los factores de riesgo tales como la hipertensión, la

diabetes y la obesidad también pueden transmitirse de una generación a la siguiente.

Según investigadores han determinado que algunos tipos de enfermedades cardiovasculares son más comunes entre ciertos grupos raciales y étnicos. Por ejemplo, los estudios demuestran que los de raza negra sufren de hipertensión más grave y tienen un mayor riesgo cardiovascular que los blancos.

- ✓ **Las hormonas sexuales:** parecen desempeñar un papel en las enfermedades del corazón. Entre las mujeres menores de 40 años de edad, no es común ver casos de enfermedades del corazón. Pero entre los 40 y 65 años de edad, cuando la mayoría de las mujeres pasan por la menopausia, aumentan apreciablemente las probabilidades de que una mujer sufra un ataque al corazón. Y, a partir de los 65 años de edad, las mujeres representan aproximadamente la mitad de todas las víctimas de ataques cardíacos.

Nunca es demasiado tarde para comenzar a mejorar la salud cardiovascular. Algunos factores de riesgo pueden ser controlados y otros no, pero si se eliminan los factores de riesgo que pueden cambiarse y se controlan adecuadamente los que no pueden cambiarse, es posible reducir apreciablemente el riesgo de sufrir una enfermedad del corazón. TEXAS HEART INSTITUTE (INSTITUTO DEL CORAZÓN DE TEXAS), CENTRO DE INFORMACIÓN CARDIOVASCULAR

2.2.8 ¿CÓMO PODEMOS DISMINUIR EL RIESGO DE SUFRIR ALGUNA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR?

- ✓ En grasas animales.
- ✓ Aumentar el consumo de legumbres, verduras y fruta.
- ✓ Seleccionar alimentos de alto valor nutritivo, pero de escaso valor calórico.
- ✓ Ajustar la alimentación a las necesidades del estilo de vida. No puede consumir el mismo número de calorías una persona que realiza un trabajo sedentario que un deportista.
- ✓ No creer en dietas mágicas. No dan resultado y pueden ser muy perjudiciales para la salud. Una dieta alimenticia sólo debe establecerla un especialista.
- ✓ Dejar de fumar.
- ✓ Hacer ejercicio de acuerdo al estado de salud, características físicas y aficiones. Si la actividad física no resulta placentera rápidamente se abandona.
- ✓ Puede ser más efectivo tomar clases de baile, que inscribirse en un gimnasio.
- ✓ La Asociación Americana del Corazón recomienda realizar entre 30 a 60 minutos diarios de ejercicios aeróbicos, como caminar a un ritmo de 6 km/hr, para reducir el riesgo de sufrir un infarto.
- ✓ Antes de iniciar cualquier programa de entrenamiento se recomienda consultar con el médico.

- ✓ Modificar costumbres para mantener saludable el corazón: caminar más, no tomar el ascensor, realizar las pequeñas compras sin utilizar el auto, fomentar el contacto con la naturaleza.
- ✓ Dejar tiempo libre para esparcimiento y para descansar.
- ✓ Aprender a controlar las emociones
- ✓ Dormir las horas necesarias y en las mejores condiciones ambientales posibles.
- ✓ Ser positivo y con sentido del humor para afrontar los problemas diarios.
- ✓ Realizar un chequeo médico preventivo anual según la recomendación del médico.

2.2.8. ESTILOS DE VIDA Y CONDUCTAS SALUDABLES.

Aquí, se pone de relevancia los aspectos culturales y conductuales en la salud. Se han multiplicado las investigaciones en las que se demuestra como el estilo de vida de una persona afecta a los riesgos de enfermar y morir. Fumar, beber alcohol, el tipo de alimentos y la realización de ejercicio han sido subrayadas como conductas muy directamente relacionadas con la salud.

- ✓ **Tabaco:** El consumo de tabaco constituye actualmente la principal causa aislada de mortalidad evitable en los países desarrollados. Esto tiene su explicación en la promoción activa de la industria tabaquera y en el potencial adictivo de la nicotina. Los derivados del tabaco pueden generar con relativa rapidez una fuerte dependencia fisiológica y psicológica. Los fumadores que dejan de fumar refieren

un serio síndrome de abstinencia con irritación, agresividad, depresión y problemas para concentrarse, problemas que explican que las recaídas sean tan frecuentes. El tabaco como vínculo social y /o el tabaco ligado a la enfermedad. Se puede albergar el inicio de este hábito en la adolescencia. Sin embargo, no todos los que se inician en este hábito llegan a ser fumadores habituales, dependerá de la disponibilidad y el grado de exposición a su alto componente adictivo. Fumar viene asociado a placer y vínculo social. Este carácter social se revela con la asociación del hábito a determinados momentos y lugares: fiestas, después de las comidas, entre otros. Se plantea un vínculo con la enfermedad. Si bien antaño la enfermedad se asociaba con el exceso de fumar, actualmente es asociada directamente con fumar.

Este proceso atraviesa varias etapas: Etapa de pre-contemplación: en esta ya existe la percepción de la necesidad de hacerlo, que se traduce en la intención de cambiar en los próximos meses (Corresponde a los primeros años de tabaquismo). Con el tiempo, aparece la percepción individualizada, ya sea porque comienzan a aparecer los síntomas o por la observación en otros de los efectos adversos del tabaco. Entonces se pasa a la etapa en la que realmente se siente la necesidad de dejar de fumar. Etapa de preparación: los individuos están dispuestos a intentar un cambio y se plantean dejar de fumar para un futuro, normalmente entorno a un mes. Etapa de acción: esta es en la que realmente se produce el cambio. El entorno afecta más al fumador en proceso de abandono del hábito, que aquel que ya ha dejado de fumar: El fumador que se halla en proceso de abandono intenta evitar aquellos lugares en los que el consumo de tabaco está claramente asociado a ellos. De ahí se justifica la búsqueda de soledad entre los fumadores en proceso de abandonar el hábito. Esto confirma el carácter social del fumar.

- ✓ **Alcohol:** El alcohol es una de las drogas con mayor longevidad a lo largo de la historia. La especie humana viene consumiendo bebidas alcohólicas con las finalidades más diversas: celebraciones o para combatir tristezas, para refrescarse o entrar en calor, sedarse o estimularse. Se trata de una droga muy arraigada en la cultura occidental, a la que es fácil de acceder. Se han trivializado de manera general sus efectos así como el propio consumo. Los problemas asociados atienden a un carácter heterogéneo cuya probabilidad de padecerlos se presenta tanto si el abuso del alcohol es esporádico y puntual como si es continuo. Se asocian estos problemas al perfil de grandes bebedores y alcohólicos, pero la exposición a este factor de riesgo aunque no se continúa si puede llevar a determinadas enfermedades no transmisibles. Los factores culturales tienen un papel relevante entre las pautas de consumo de una comunidad: papel del alcohol en fiestas, en las cenas, comidas navideñas, bodas, e incluso en las salidas de los fines de semana. Hay que tener en cuenta los mitos y creencias en cuanto a su uso: más fuerte, más capacidad de influencia sobre los que le rodean, más agresiva, más capacidad sexual. Sin embargo, el uso excesivo de esta droga es castigado socialmente, puesto que el alcoholismo ha sido considerado como pecado, debilidad moral o falta de fuerza de voluntad. Sus repercusiones sociales que a su vez tienen consecuencias para la salud: grado de riesgo que suponen estos productos sobre las conductas violentas (malos tratos familiares). Su influencia en las probabilidades de sufrir accidentes, asaltos, manifestar una conducta criminal, lesiones involuntarias, homicidios, suicidios, etc.
- ✓ **Nutrición:** La salud es la consecuencia del punto de partida biológico del individuo y de las actividades que implican todos los sectores de la sociedad, así como a la población en su conjunto, a

través de las decisiones y de las acciones individuales y colectivas. Esta definición pone de manifiesto el peso de las decisiones que las personas tomamos en nuestro estado de salud. Estas no dependen solo de la provisión de información y educación sanitaria, sino que también influyen otros elementos como el entorno físico, social, económico y cultural. Ejemplo: En comunidades más desfavorecidas se suelen adoptar modelos de conducta más perjudiciales para la salud (tasas más elevadas de tabaquismo, consumo de alcohol y de drogas). Conductas atribuidas al hecho de que padecen mayores niveles de desempleo o mayor inseguridad laboral.

- ✓ **Nutrición Sana:** Hace referencia a las políticas de nutrición y alimentos, a la seguridad de los alimentos, a las deficiencias de micronutrientes, y a las elecciones en materia de alimentación y salud. La seguridad alimentaria significa que existen alimentos disponibles y accesibles para todos nutricionalmente adecuados en términos de cantidad, calidad y variedad, además de ser aceptables en el seno de la cultura correspondiente. Factores de riesgos asociados a la nutrición sobre enfermedades no transmisibles: relación entre una dieta carente de frutas y verduras y enfermedades cardiovasculares y el cáncer: Dieta basada en un alto porcentaje de productos lácteos, con alto contenido en grasa, sal y azúcares puede aumentar el riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares y cáncer (la carencia de yodo es la principal causa de trastornos intelectuales, el bocio y el cretinismo).
- ✓ **Ejercicio Físico:** Los beneficios para la salud derivados de la actividad física moderada incluyen la mejora de la autoestima y del estado de ánimo, la mejora de la apariencia física y de la postura, una reducción significativa de la mortalidad prematura, la obesidad,

las enfermedades cardiovasculares, la diabetes no insulino dependiente y la osteoporosis.

2.2.9. CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON FALLA CARDIACA

- ✓ La calidad de vida, define el estado de salud subjetivo y objetivo del paciente, que en este caso aplica a aquellos que viven la insuficiencia cardiaca, definición que cita Morales 31 en su revisión bibliográfica en la que refiere: Mendola y Oldridge consideran a la calidad de vida como una situación en la que el sujeto puede realizar adecuadamente las funciones orgánicas e instrumentales básicas, así como las funciones sociales de reciprocidad, visto así la finalidad de valorar esta entidad se centra en el hallazgo de parámetros tanto físicos como sociales y emocionales que se incluyen en el proceso patológico descrito como insuficiencia cardiaca: una de las enfermedades del sistema circulatorio más prevalentes en la actualidad y con características de epidemia.
- ✓ En el estudio de Parajón se identifican los factores definitorios en el cambio del estilo de vida de los pacientes con insuficiencia cardiaca³²: La condición física disminuida por los signos y síntomas de la insuficiencia cardiaca, tales como: disnea, fatiga, edemas, perdida masa muscular y otras causas subyacentes como la angina, que se ven reflejadas en las dificultades para realizar el trabajo habitual
- ✓ y para tener relaciones sexuales; afirma que la calidad de vida esté acortada por esta entidad patológica y que es peor en cuanto

menos conocimientos tenga el paciente sobre ella, cada vez ganando más terreno al comprometer la dimensión emocional.

Además, concluye que los pacientes con insuficiencia cardíaca tienen un deterioro significativo de la salud física y mental, así como una disminución de la funcionalidad física. Esta disminución se acentúa a medida que se agrava la situación. En comparación con otros trastornos crónicos (EPOC o artritis) los pacientes con insuficiencia cardíaca informan de un mayor deterioro físico y menor impacto mental que los depresivos. Estos datos corroboran los hallazgos de Parajón et al³³, en los que la funcionalidad para las actividades de la vida diaria era el factor que más afectaba a la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca. Así mismo, en cuanto a la falta de conocimiento o

- ✓ **motivación:** otro estudio confirma que: “los pacientes con insuficiencia cardíaca sistólica que han recibido una intervención educativa domiciliaria tienen una significativa menor tasa de reingresos, mortalidad y costos, con una mejor calidad de vida”

De ello se puede concluir que efectivamente el deterioro físico es realmente un indicador en la persistencia de una calidad de vida comprometida, con respecto a la dificultad para continuar con los trabajos cotidianos y a la intimidad sexual que hacen parte importante de las actividades que tiene cada ser humano para desarrollar y ser considerado como normal.

- ✓ En lo que hace referencia a las limitantes en la dieta, no existen muchos estudios que muestren la influencia del cambio en la calidad de vida con respecto a los cuidados de la ingesta de alimentos bajos en sal, en grasas, en carbohidratos y que además debe controlar el consumo de líquidos con una meta límite por día

de más o menos 800 c. c al día, como máximo, a pesar de la ansiedad por la sed que sienta el paciente. Situación que no es tan fácilmente aceptada por una persona que ha constituido su dieta durante toda su vida de lo que ha apetecido, se podría decir que es una costumbre difícil de cambiar, aunque se tenga la conciencia del cambio y su importancia para el control adecuado de la insuficiencia cardiaca³⁵.

- ✓ En cuanto a la dimensión económica para los pacientes con insuficiencia cardiaca los ingresos hospitalarios recurrentes perpetúan su inhabilidad para tener un trabajo y ganar un sueldo; y se sabe que a pesar de sus necesidades en este aspecto son cada vez más altos los costos para su atención y tratamiento, los enunciados en el estudio de Teresa Parajón et al³⁶, quien afirma: “la correlación importante de la puntuación obtenida con la clase funcional y con el número de ingresos en el año previo, sugiere que el cuestionario MLWHF refleja correctamente el grado de severidad de la enfermedad” El cuestionario al cual hace referencia este estudio para realizar una medición de los factores que influyen en la calidad de vida del paciente con insuficiencia cardiaca es:
- ✓ Minnesota Living With Heart Failure extensamente utilizado para valorarla en los trabajos de investigación con el objetivo de conocer la calidad de vida mediante el cuestionario en una población general atendida en una unidad de insuficiencia cardiaca.

Otra posible causa del deterioro en la calidad de vida del paciente con falla cardiaca es la no adherencia al tratamiento como lo afirma Morcillo 2005, en su investigación realizada en Barcelona en donde factores como:

Elevado número de medicamentos o dosis y sus efectos secundarios. En los estudios revisados no se encontró ninguno que diera un aporte sobre el quehacer de enfermería con respecto a este factor tan importante para la baja adherencia del paciente a su tratamiento farmacológico, si se tiene en cuenta que la lista de la cantidad más o menos asciende de entre 5 y 10 fármacos que modifican las dosis durante el día y sumado a ello no tienen los conocimientos necesarios para saber cada uno para qué lo está tomando, razón por la cual muy probablemente abandonan la terapéutica empeorando su pronóstico, es decir, que cuando la cantidad de medicamentos es alta, el número de dosis y los cambios en el régimen terapéutico también lo son, menores son las oportunidades para que el paciente continúe con su uso y en consecuencia, se aumentará el riesgo de descompensación³⁸. Una reciente revisión demostró que la adhesión a los medicamentos oscila entre las tasas de 20 a 58%³⁹ En conclusión, la idea de abordar cada uno de estos tópicos está basado en el intento por promover con éxito la asistencia médica precoz, antes de la descompensación que en muchas oportunidades dificulta el tratamiento y la evolución satisfactoria del paciente con IC.

Sustentado así, por el estudio de Morcillo et al en el 2005, que explica: “La principal causa de descompensación cardiaca es el mal cumplimiento terapéutico (abandono de fármacos y medidas higiénicas y dietéticas), que ocurre en el 15-65% de los casos. Se han descrito como causas de mal cumplimiento la falta de conocimientos o de motivación, la escasa percepción de la eficacia del tratamiento, la falta de apoyo de los familiares y cuidadores, un elevado número de fármacos o dosis, y el deterioro cognitivo o la depresión”.

- ✓ **Depresión.** “Al igual que estudios previos, este trabajo ha puesto de manifiesto que la depresión es muy frecuente en los pacientes hospitalizados con insuficiencia cardiaca. En particular es 3 o 4 veces más frecuente que en la población general de la misma edad⁴⁰”. Afirmación que se conecta con las anteriores investigaciones relacionadas con la insuficiencia cardiaca, pues la

Depresión según este artículo trae como consecuencia la descompensación de la misma y a una calidad de vida disminuida y viceversa. Por otro lado, demostró que las mujeres y los pacientes solteros viven en mayor cantidad la depresión y relacionado con lo anteriormente expuesto el mismo autor refiere: “el rendimiento diagnóstico será mayor en las mujeres y en los pacientes con peor salud física, mayor dependencia en las actividades de la vida diaria, mayor aislamiento social”

Además, este estudio demostró que existe un peor pronóstico de los pacientes con insuficiencia cardiaca y depresión, en los cuales se deberán optimizar las intervenciones farmacológicas (inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, bloqueadores beta, etc.) y sobre los hábitos de vida (dieta y actividad física) que son eficaces para reducir las re hospitalizaciones”, autor que una vez más deja entrever con esta última afirmación cuan importantes son estos factores para evitar o por lo menos reducir los costos y los re ingresos al hospital.

Al identificar previamente estos factores en las distintas dimensiones: física, emocional y económica que influyen en la calidad de vida de los pacientes con IC se hace necesario hablar de su concepto, entre ellos el propuesto por la OMS en 1994, para lograr un consenso, que dice: "Percepción personal de un individuo

de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses". Y que al ser

40 GUALLAR-CASTILLÓN, Pilar. Prevalencia de depresión y factores biomédicos y psicosociales asociados, en ancianos hospitalizados con insuficiencia cardíaca en España. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España. En: Revista

Española de Cardiología. 2006, vol. 59, no. 8, p. 770-8.

analizado junto con el propuesto por la enfermera Ana Luisa Velandia hace referencia a aquella sensación subjetiva de bienestar psicosomático, autoestima, satisfacción personal y de adaptación al entorno como resultado de la interacción de varios factores: salud, alimentación, vestido, vivienda, trabajo, educación, seguridad social y libertades humanas⁴¹. Los cuales están directamente relacionados con los componentes del nivel de vida, que a su vez se involucran con las dimensiones de la relación persona-sociedad-salud y que según esta enfermera da un abrebocas al control de la propia vida bajo el concepto de empoderamiento mostrando la gran afinidad entre la calidad y el estilo de vida siendo este último el que determina la forma, la manera o modo de vivir y que además enmarca un nivel de salud determinado.

2.2.10. El cuidado cultural de enfermería.

Necesidad y relevancia. Desde épocas muy remotas hasta nuestros días, ha existido un desarrollo acelerado en la sociedad humana, en la que se destacan los avances médicos tanto a nivel mundial como nacional; en ellos, el hombre tiene en sus manos

todo el conocimiento de una ciencia encargada de resolver o investigar el desequilibrio entre el proceso salud–enfermedad con el entorno en que vivimos, pero aún existe una fuerte inclinación de la conciencia social en resolver problemas de salud mediados por creencias religiosas de cualquier vertiente. Esto se debe, sin dudas, a los valores culturales transmitidos de generación en generación que influyen en el actuar de los seres humanos. El término Cultura ha sido definido en más de 200 formas; sin embargo, fue conceptualizado por primera vez, según registra la historia por Sir Edward Tylor (1871), quien sostuvo que la cultura se refiere a la inclusión de conocimientos, creencias, arte, moralidad, leyes, costumbres y cualquier otra destreza y hábitos que adquieren los seres humanos en cuanto a miembros de la sociedad. Asimismo, un siglo más tarde, en el campo de la Enfermería la Dra.C Madeleine Leininger (1978) define cultura como el conocimiento que se adquiere y trasmite acerca de una cultura con sus valores, creencias, reglas de comportamiento y prácticas en el estilo de vida, que orienta estructuralmente a un grupo determinado en sus pensamientos y actividades. Esta investigadora afirmó que era de vital importancia para el personal de Enfermería tener en cuenta la dimensión cultural en el actuar asistencial. Leininger nació en Sutton, Nebraska, inició su carrera profesional después de diplomarse en la Escuela de Enfermería de St. Anthony, en Denver. Es la fundadora de la Enfermería Transcultural y fue la primera enfermera profesional con preparación universitaria en esta especialidad, además obtuvo un Doctorado en Antropología Cultural y Social.

Entre los años 1950 y 1960, señaló la existencia de varias áreas comunes de conocimiento y de interés científico-teórico entre la Enfermería y la Antropología; formuló diversos conceptos, teorías,

prácticas y principios de la Enfermería transcultural. *Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend*, fue su primer libro publicado sobre Enfermería Transcultural, que sentó las bases del desarrollo de este campo del conocimiento, de su propia teoría y de la asistencia sanitaria basada en las diferencias culturales. Resultado de la imbricación entre Antropología y Enfermería surge la dimensión cultural del cuidado enfermero. La relevancia radica en que los valores culturales de los individuos brindan información de sus costumbres y de la cosmovisión de un grupo en particular. Por ello, Leininger sostiene que los cuidados culturales de Enfermería son todos los actos y decisiones de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que se ajustan cognitivamente a los valores culturales, creencias y modo de vida de los individuos, grupos o instituciones con el fin de suministrar o apoyar servicios de bienestar o cuidados sanitarios significativos, provechosos y satisfactorios. Para entender y comprender a los individuos y su manera de enfrentar un problema de salud, resulta importante que los enfermeros tengan presentes dos enfoques que brinda la Antropología, es decir, a que nos referimos cuando hablamos de Padecer y Enfermar. Se entiende por padecer la forma individual y personal como cada uno enfrenta su problema de salud, sea o no sea enfermedad. Por lo tanto, debemos distinguir entre enfermedades y padeceres. La enfermedad es una construcción intelectual, en la que se reúnen: las causas, los procesos a través de los cuales se manifiesta en el cuerpo, los signos y síntomas que produce, y las lesiones del organismo o de la vida que pueden existir como su sustento. Así, cada sistema médico elabora intelectualmente sus enfermedades y las llama de formas tan variadas como: caída de la mollera, tlazol, o infarto del miocardio. Por otro lado, el padecer es la forma personal como el

individuo vive su problema de salud. Por ejemplo, la manera que los individuos enfrentan un problema de salud se diferencia por las influencias culturales de estos; es decir, un paciente con una enfermedad cardiovascular x en Perú actúa o enfrenta su problema de salud diferente a un individuo que vive en Canadá, debido a que los sistemas culturales son disímiles. Por consiguiente, para el personal de Enfermería es de vital importancia considerar los factores culturales que rigen la convivencia de las personas. .

¿Qué puede suceder si no tenemos en cuenta los enfoques culturales?

Leininger sostiene que las principales consecuencias de no tener presente el enfoque cultural en los sistemas de asistencia de enfermería son:

- a) Los pacientes que reciben cuidados de enfermería que no concuerdan razonablemente con sus creencias, valores y estilos de vida mostrarán síntomas de conflictos culturales, insatisfacción, tensión, así como preocupaciones éticas o morales.
- b) Los diagnósticos médicos y de enfermería que no tienen en cuenta los factores culturales producen resultados desfavorables, en ocasiones, con consecuencias graves. (9)

En resumen, la dimensión cultural del cuidado de Enfermería ha sido un tema muy estudiado en el mundo, pero, en nuestro país no. Es necesario para todos los profesionales de la salud, comprender y estudiar los fenómenos religiosos y culturales de los individuos, familias y comunidades para de esta forma poder entender el comportamiento hacia los problemas de salud;

teniendo en consideración, al brindar cuidados a individuos, los siguientes dominios inseparables a) Patrón cultural, b) Patrones de Salud, c) Patrones del Cuidado. De hecho, en el bello arte de brindar cuidados se debe tener presente que existen enfermos y no enfermedades, cada paciente es un mundo aparte.

2.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

✓ Enfermedades Cardiovasculares

Se refiere a todo tipo de enfermedades relacionadas con el corazón o los vasos sanguíneos “las arterias”. Este término describe cualquier enfermedad que afecte al sistema cardiovascular.

✓ Factores de Riesgo

serie de circunstancias propios de la persona o de su ambiente, que aumentan el riesgo de padecer la enfermedad y se hallan íntimamente relacionados con el desarrollo de la misma, y en este caso del desarrollo de una enfermedad cardiovascular y se refieren a los factores modificables y no modificables.

- Factores no modificables

Son constitutivos de la persona (genéticos) y no es posible revertirlo o eliminarlo.

- Factores modificables,

Son aquellos que pueden ser corregidos o eliminados (ambiente) a través de cambios en el estilo de vida.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. TIPO, NIVEL Y MÉTODO

El método de estudio es descriptivo simple, ya que describe analiza la variable en estudio, lo cual nos lleva a identificar los factores de riesgo cardiovasculares en los pacientes; según el tiempo y la secuencia del estudio es de corte transversal porque se estudió la variable en un momento determinado.

3.2. SEDE DE ESTUDIO

El presente trabajo se realizó en Consultorio Externo del Hospital Nacional Cayetano Heredia ubicado en la Av. Honorio Delgado N° 262 Urb. Ingeniería - San Martín de Porres – Lima. El Servicio de Cardiología de Consulta Externa que se encuentra ubicado en el 1er piso del Pabellón de consultorios externos. Es la unidad orgánica encargada de brindar atención a pacientes con enfermedades coronarias de alto riesgo.

El hospital es una institución de salud de nivel III – 1 que brinda atención recuperativa, de tratamiento oportuno y de rehabilitación en las diferentes etapas de la vida, él cuenta con las diferentes especialidades: Cardiología, cirugía, medicina, cirugía de tórax y cardiovascular, emergencias y cuidados crítico, Endocrinología, Enfermedades infecciosas, medicina consulta externa entre otros.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por 120 pacientes Ambulatorios de Consultorio Externo de Cardiología, los cuales responderán a criterios establecidos por el investigador.

3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

La muestra se obtuvo utilizando la fórmula de muestreo aleatorio simple, conformado por 80 paciente, (ANEXO E) que acuden a consulta externa del servicio de cardiología, que responderán a los criterios de inclusión establecidos.

3.4.1. Criterios de Inclusión:

- Tener diagnóstico de Enfermedad Coronaria.
- Edad entre 40 a 75 años.
- Grado de instrucción, primaria completa.
- Personas de ambos sexo.
- consentimiento para participar en la investigación.

3.4.2. Criterios de Exclusión:

- Pacientes analfabetos.
- Pacientes que no acepten responder a la entrevista.
- Personas menores de 40 años y mayores de 75 años.
- Personas con limitación mental.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se optó por utilizar un Cuestionario Tipo Licker, que nos permitió identificar los factores de riesgo: modificables y no modificables, el cual consta de 51 ítems que responden a las dimensiones de Factores Modificables y No Modificables.

3.6. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La validez del contenido y constructo se obtuvo a través del juicio de expertos. Los resultados obtenidos fueron contrastados con la prueba binomial. (ANEXO C) Posteriormente se realizaron los reajustes necesarios en base a las observaciones consideradas. La validez y confiabilidad estadísticamente para el instrumento se calculó utilizándose el coeficiente Alfa de Crombasch (ANEXO D)

3.7. PLAN DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Para el recojo de la información se procedió a:

- Solicitar autorización, mediante un oficio dirigido al Director del HNCH, y del Servicio de Consultorio Externo de Cardiología.
- El recojo de datos se realizó tres veces por semana, los días miércoles para ello se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes de estudio (ANEXO A) Se utilizó un promedio de 15 a 20 minutos por paciente..

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa de Excel para la elaboración de datos, tablas y gráficos de los resultados.

3.8. PLAN DE ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Para el análisis de datos se hizo uso de la base teórica y los datos obtenidos con el instrumento aplicado con el programa SPSS, se presentara la información en cuadros, gráficos y se utilizara el Software, Microsoft, Excel.

3.9. CONSIDERACIONES ETICAS

Se tuvo en cuenta los principios bioéticos y el consentimiento informado de los pacientes. Guardándose confidencialidad a las respuestas emitidas por los pacientes del estudio

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÒN

Culminada la etapa de recolección de datos, estos fueron procesados y presentados por medios gráficos, los que permitieron el análisis y la interpretación que a continuación se detalla.

4.1. RESULTADOS

Los resultados de en la presente investigación se han presentado en tablas y gráficos estadísticos, así como el análisis e interpretación respectiva.

DATOS GENERALES

La población de estudio estuvo constituida por 100% 80 pacientes, siendo del sexo Masculino en un 60%(48) y Femenino en un 40%(32).

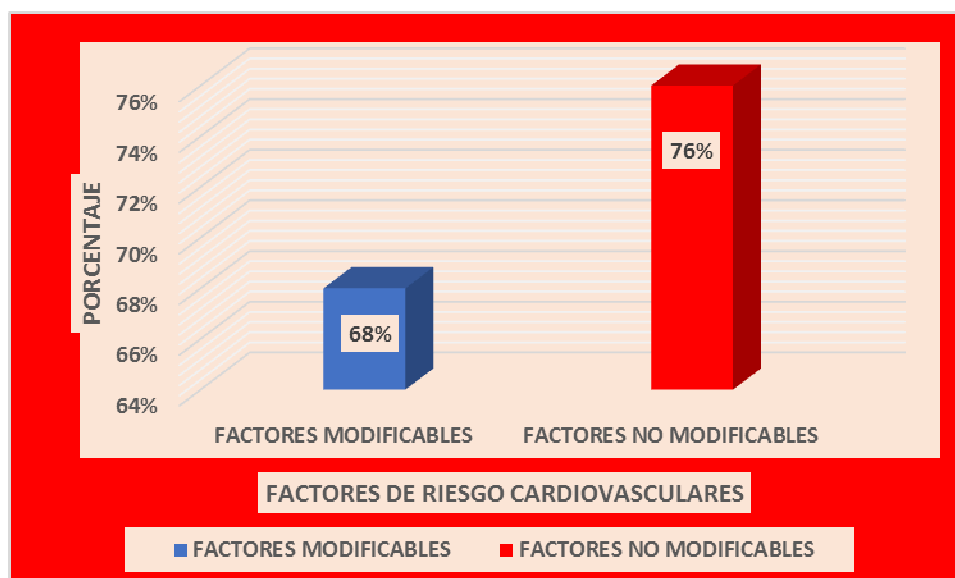
Respecto a la edad de los usuarios es su mayoría es de 50 a 75 años y en segundo lugar la edad de 40 años.

Respecto al grado de Instrucción de los usuarios de Consulta Externa es su mayoría de secundaria completa, seguido secundaria Incompleta y primaria Incompleta.

DATOS ESPECIFICOS

GRAFICO N° 1

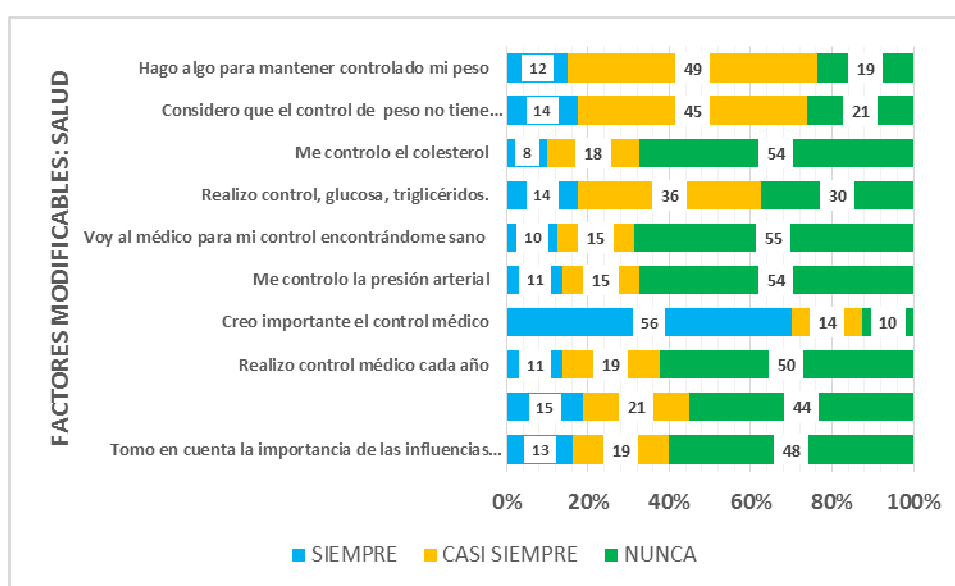
FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES PRESENTES EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA 2015



De acuerdo a los resultados presentados en la Grafica 4, los Factores de Riesgo Cardiovasculares presente en los usuarios de Consulta Externa de Cardiología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, se presenta en los Factores no Modificables en un 76% y Modificables en un 68%.

GRAFICO N° 2

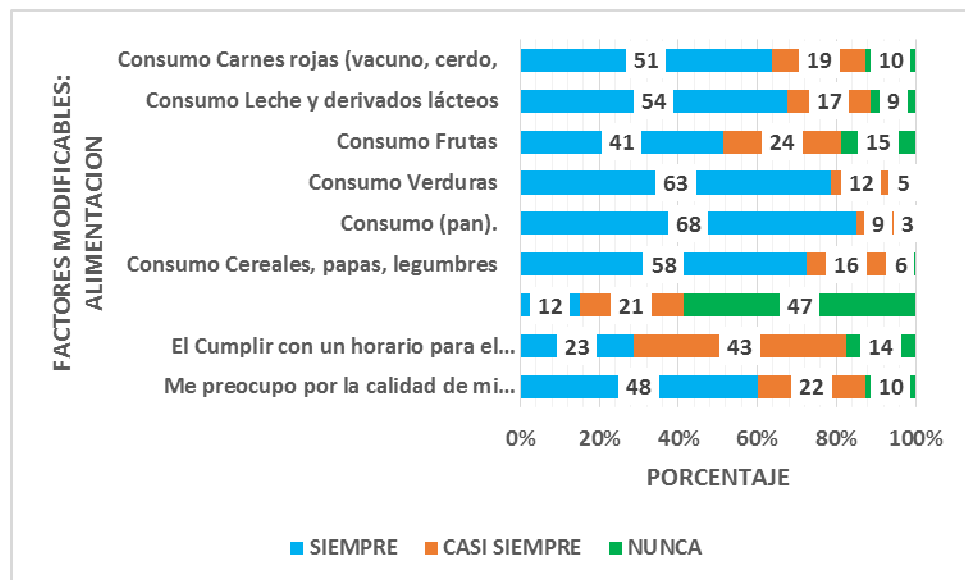
FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES MODIFICABLES: SALUD PRESENTES EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA 2015.



De acuerdo a los resultados presentados en la Grafica 5, Los factores modificables: Salud de riesgo cardiovasculares presente en los usuarios de Consulta Externa de Cardiología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, se presentan según las respuestas de los usuarios, quienes señalan que: Siempre consideran importante el control del médico en un 70%(56), Casi siempre Consideran que el control de peso no tiene importancia en la salud 75%(45). Asimismo, Nunca van al médico encontrándose sano en un 69%(55), además nunca se controlan la presión arterial 68%(54), también nunca se realizan un control médico al año 40%(50), asimismo nunca Toman en cuenta la importancia de las influencias genéticas en el riesgo de enfermedad coronaria 60% (48).

GRAFICO N° 3

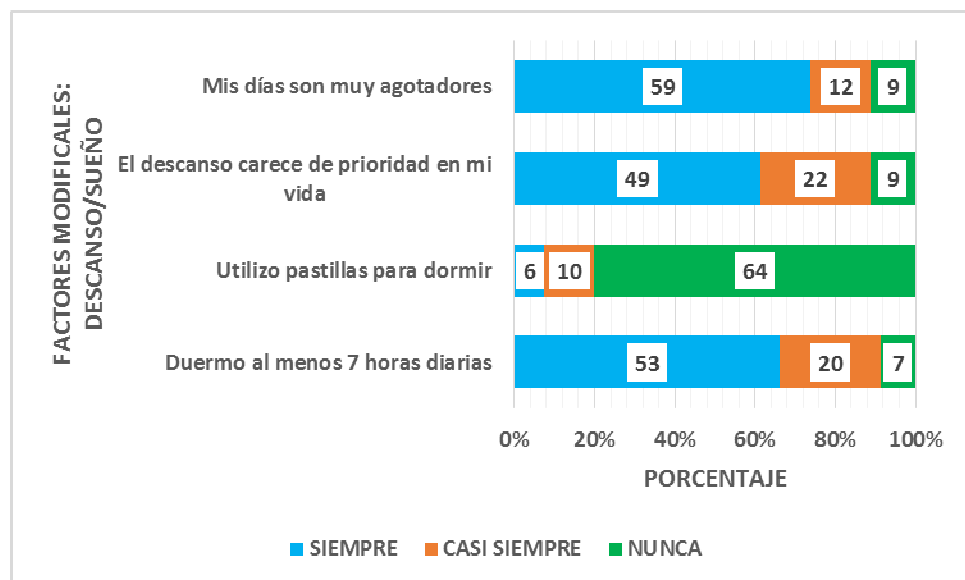
**FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES MODIFICABLES:
ALIMENTACION PRESENTES EN PACIENTES DE
CONSULTA EXTERNA HOSPITAL NACIONAL
CAYETANO HEREDIA
2015**



De acuerdo a los resultados presentados en la Grafica 6, Los factores modificables: Alimentación de riesgo cardiovasculares presentes en los usuarios de Consulta Externa de Cardiología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, se presentan según las respuestas de los usuarios, quienes señalan que: Siempre consumen pan 85%(68), además siempre consumen carnes rojas de vacuno, cerdo 64%(51). Nunca evitan consumir sal en sus alimentos 59%(47).

GRAFICO N° 4

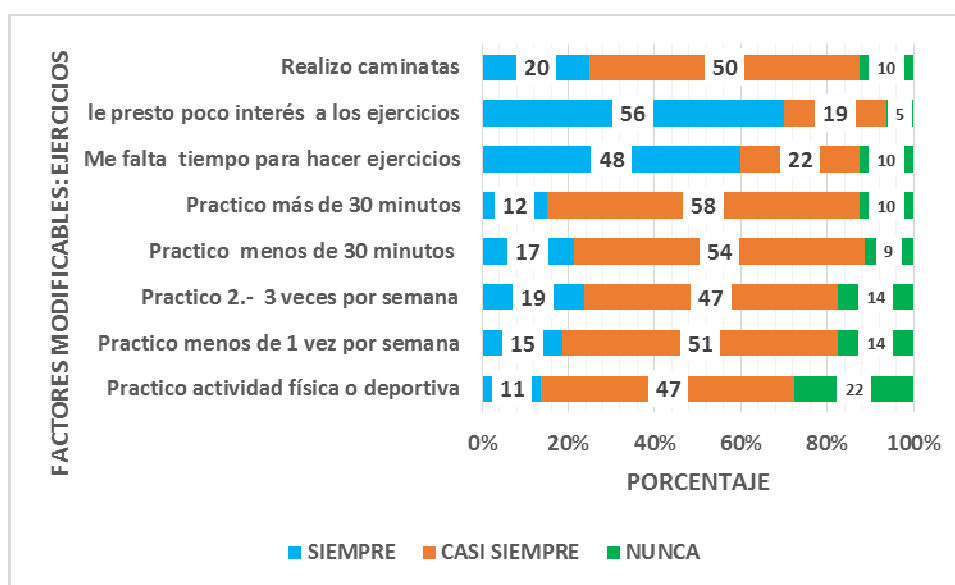
**FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES MODIFICABLES:
DESCANSO/SUEÑO PRESENTES EN PACIENTES DE
CONSULTA EXTERNA HOSPITAL NACIONAL
CAYETANO HEREDIA
2015**



De acuerdo a los resultados presentados en la Grafica 7, Los factores de riesgo cardiovasculares modificables: descanso/sueño, presentes en los usuarios de Consulta Externa de Cardiología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, se presentan según las respuestas de los usuarios, quienes señalan que: Siempre sus días son muy agotadores 74%(68), además el descanso carece de prioridad en sus vidas 61%(49)

GRAFICO N° 5

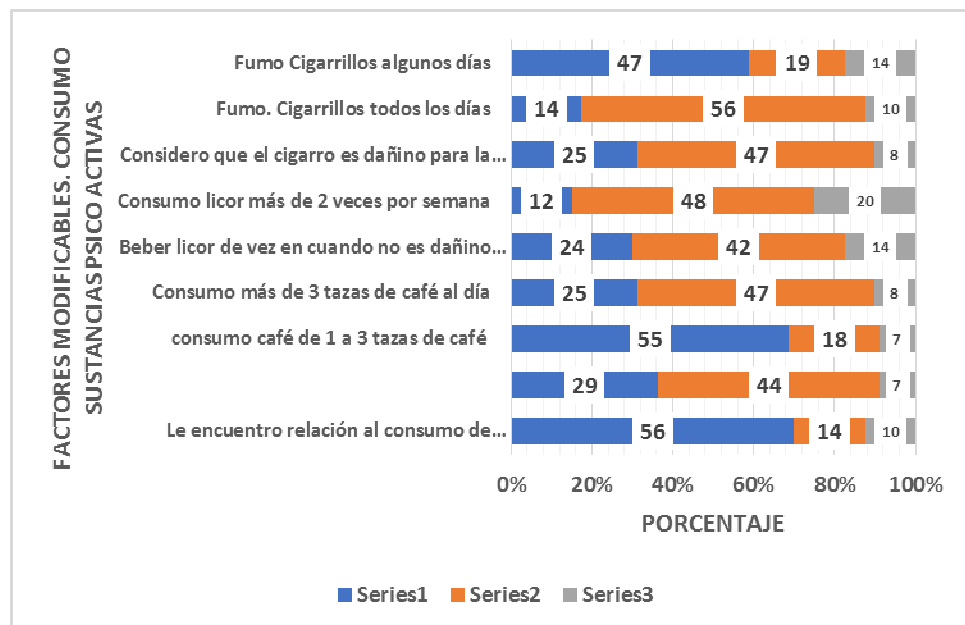
FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES MODIFICABLES: EJERCICIO PRESENTES EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA 2015



De acuerdo a los resultados presentados en la Grafica 8, Los factores de riesgo cardiovasculares modificables: ejercicios, presentes en los usuarios de Consulta Externa de Cardiología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, se presentan según las respuestas de los usuarios, quienes señalan que: Siempre le prestan poco interés a los ejercicios 70%(56), además siempre les falta tiempo para hacer ejercicios 60%(48). Casi siempre practican ejercicios menos de 30 minutos 68%(54), también casi siempre practican ejercicios 1 vez por semana 64%(51), asimismo casi siempre realizan caminatas,

GRAFICO N° 6

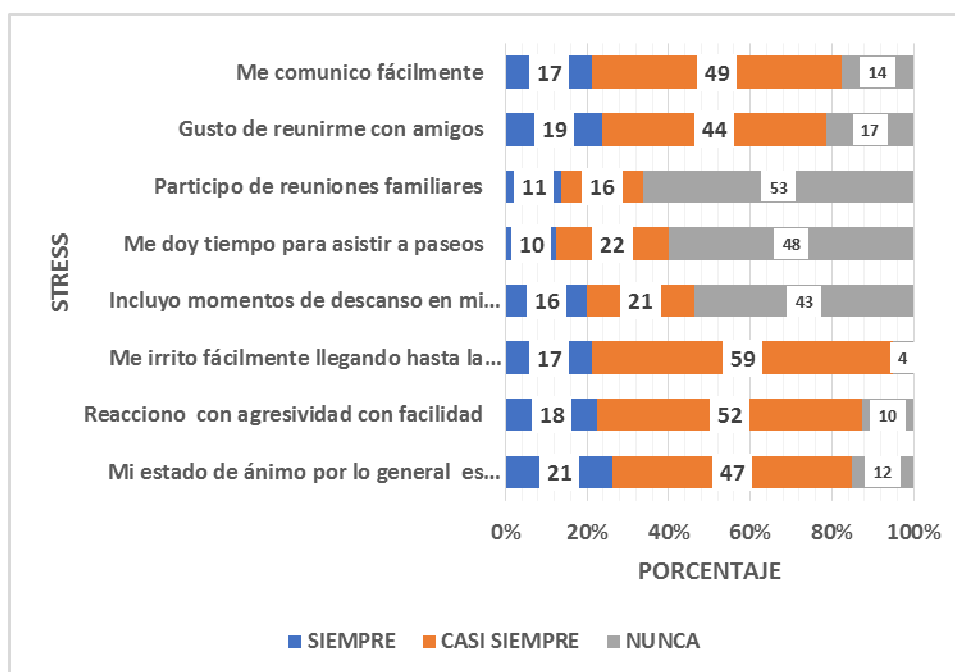
FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES MODIFICABLES: SUSTANCIAS PSICO ACTIVAS EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA 2015



De acuerdo a los resultados presentados en la Grafica 9, Los factores de riesgo cardiovasculares modificables: sustancias psico activas, presentes en los usuarios de Consulta Externa de Cardiología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, se presentan según las respuestas de los usuarios, quienes señalan que: Siempre consumen de 1 a 3 tazas de café 69%(55), además fuman cigarrillos algunos días 59%(47), casi siempre consumen licor 2 veces por semana 60%(48)

GRAFICO N° 7

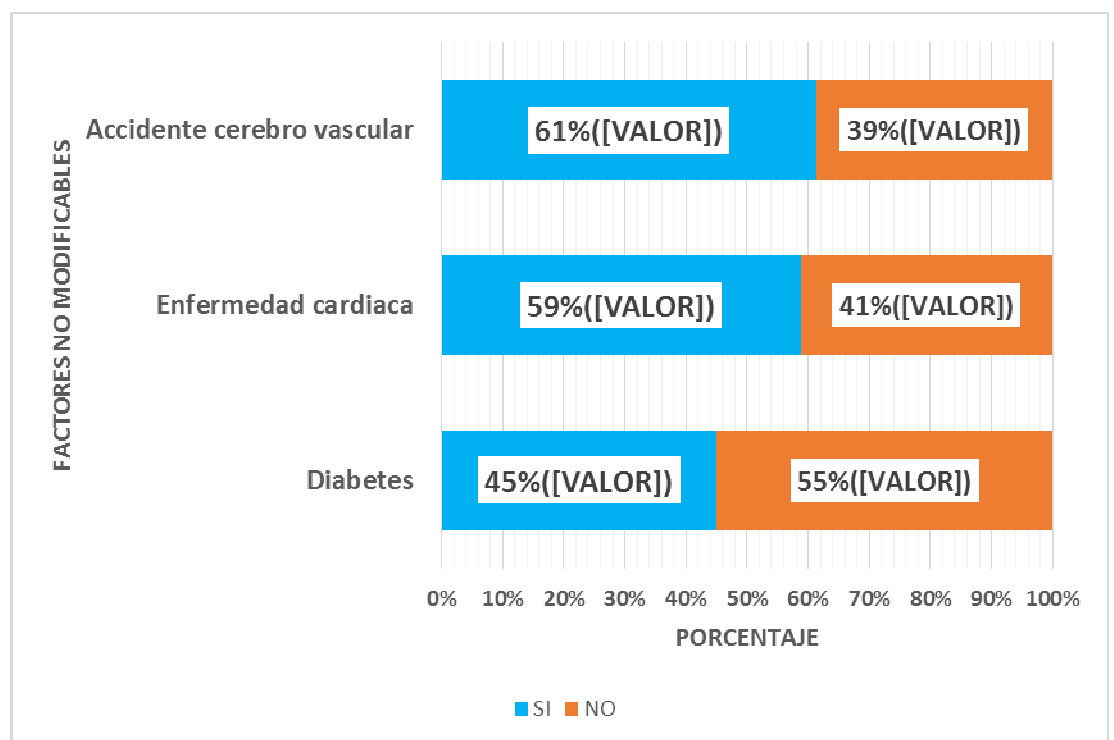
FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES MODIFICABLES: DIMENSIÓN ESTRESS EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA 2015



De acuerdo a los resultados presentados en la Grafica 10, Los factores de riesgo cardiovasculares modificables: Stress, presentes en los usuarios de Consulta Externa de Cardiología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, se presentan según las respuestas de los usuarios, quienes señalan que: nunca participan de las reuniones familiares 66%(53), tampoco se dan tiempo para asistir a paseos 60%(48), además nunca incluyo momentos de descanso en mi vida diaria (43), casi siempre me irrito fácilmente llegando hasta la furia o agresión (59), además casi siempre reaccionan con agresividad con facilidad 65%(52).

GRAFICO N° 8

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA 2015.



De acuerdo a los resultados presentados en la Grafica 11, Los factores de riesgo cardiovasculares no modificables, presentes en los usuarios de Consulta Externa de Cardiología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, se presentan según las respuestas de los usuarios, quienes señalan: accidentes cardiovasculares 61%(49), enfermedad cardiaca 59%(47), diabetes 45%(36).

4.2. DISCUSIÓN

Luego de procesar la información, atendiendo a los objetivos planteados al inicio del estudio, en el presente capítulo se discute los resultados con la teoría encontrada

Los datos permiten afirmar que los pacientes que acuden a consulta externa del servicio de cardiología, responden en su mayoría a los criterios de inclusión establecidos, son adultos mayores, con secundaria completa.

Entre los factores de riesgo que contribuyen a enfermedad coronaria se encuentran personas mayores quienes tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades del corazón. Aproximadamente 4 de cada 5 muertes debidas a una enfermedad cardíaca se producen en personas mayores de 45 años de edad ya que con la edad, la actividad del corazón tiende a deteriorarse. Estos soportes teóricos dan soporte a los resultados encontrados.

Un estudio realizado en México ha descubierto que la edad nivel de estudios y la clase social basada en la ocupación son indicadores que proporcionan información complementaria al médico a la hora de determinar el riesgo que puede presentar un paciente a sufrir un infarto agudo de miocardio.

En el gráfico nº 1 con respecto al objetivo general cuya finalidad fue determinar los factores de riesgo cardiovasculares presentes en usuarios de consulta externa de Cardiología del Hospital Nacional Cayetano Heredia los resultados muestran presente en los usuarios de Consulta Externa de Cardiología del Hospital Nacional Cayetano

Heredia, los Factores no Modificables en un 76% y factores Modificables en un 68%.

Un estudio realizado en México resulta de importancia para la profesión de enfermería continuar con el estudio de los factores de riesgo cardiovascular modificables en una población escolar que reside en Guadalupe, Nuevo León México, los aportes empíricos servirán para contribuir a la prevención de enfermedades cardiovasculares en la edad adulta.

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de defunción en todo el mundo. Cada año mueren más personas por alguna de estas enfermedades que por cualquier otra causa, Cuanto más factores de riesgo tenga una persona, mayores serán sus probabilidades de padecer una enfermedad del corazón. Algunos factores de riesgo pueden cambiarse, tratarse o modificarse y otros no. Pero el control del mayor número posible de factores de riesgo, mediante cambios en el estilo de vida y/o medicamentos, puede reducir el riesgo cardiovascular.

Estos aspectos teóricos dan soporte a los datos encontrados por lo que identificar oportunamente los factores de riesgo es muy importante para promover el autocuidado.

Para determinar los objetivos específicos de identificar los factores modificables: Salud, descanso de riesgo cardiovasculares presente en los usuarios de Consulta Externa de Cardiología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, se presentan según las respuestas de los usuarios, quienes señalan que: Siempre consideran importante el control del médico en un 70%(56), Casi siempre Consideran que el control de

peso no tiene importancia en la salud 75%(45). Asimismo, Nunca van al médico encontrándose sano en un 69%(55), además nunca se controlan la presión arterial 68%(54), también nunca se realizan un control médico al año 40%(50), asimismo nunca Toman en cuenta la importancia de las influencias genéticas en el riesgo de enfermedad coronaria 60% (48).

Los factores modificables: Alimentación de riesgo cardiovasculares presentes en los usuarios de Consulta Externa de Cardiología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, se presentan según las respuestas de los usuarios, quienes señalan que: Siempre consumen pan 85%(68), además siempre consumen carnes rojas de vacuno, cerdo 64%(51). Nunca evitan consumir sal en sus alimentos 59%(47).

De acuerdo a los resultados de los factores de riesgo cardiovasculares modificables: descanso/sueño, presentes en los usuarios de Consulta Externa de Cardiología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, se presentan según las respuestas de los usuarios, quienes señalan que: Siempre sus días son muy agotadores 74%(68), además el descanso carece de prioridad en sus vidas 61%(49)

De acuerdo a los resultados presentados en la Gráfica, Los factores de riesgo cardiovasculares modificables: ejercicios, presentes en los usuarios de Consulta Externa de Cardiología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, se presentan según las respuestas de los usuarios, quienes señalan que: Siempre le prestan poco interés a los ejercicios 70%(56), además siempre les falta tiempo para hacer ejercicios 60%(48). Casi siempre practican ejercicios menos de 30 minutos

68%(54), también casi siempre practican ejercicios 1 vez por semana 64%(51), asimismo casi siempre realizan caminatas,

De acuerdo a los resultados presentados en la Grafica, Los factores de riesgo cardiovasculares modificables: sustancias psico activas, presentes en los usuarios de Consulta Externa de Cardiología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, se presentan según las respuestas de los usuarios, quienes señalan que: Siempre consumen de 1 a 3 tazas de café 69%(55), además fuman cigarrillos algunos días 59%(47), casi siempre consumen licor 2 veces por semana 60%(48)

De acuerdo a los resultados presentados en la Grafica, Los factores de riesgo cardiovasculares modificables: sustancias psico activas, presentes en los usuarios de Consulta Externa de Cardiología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, se presentan según las respuestas de los usuarios, quienes señalan que: nunca participan de las reuniones familiares 66%(53), tampoco se dan tiempo para asistir a paseos 60%(48), además nunca incluyo momentos de descanso en mi vida diaria (43), casi siempre me irrito fácilmente llegando hasta la furia o agresión (59), además casi siempre reaccionan con agresividad con facilidad 65%(52).

Estudio realizado por Ávila et al (2010) la ingestión prolongada de alcohol puede, además de aumentar la presión sanguínea, aumentar la mortalidad cardiovascular en general.⁹

Costa et al (2009) refiere que el tabaquismo es la mayor causa de mortalidad por problemas cardiovasculares del mundo, aunque el cese del hábito de fumar no disminuya los niveles de presión arterial, el abandono es la medida más efectiva para la reducción de los riesgos de problemas cardiovasculares.¹⁴

Jardim (2007) y Ávila et al (2010) relatan que el perfil de la población brasileña cambió en relación a los hábitos alimentarios y de vida, pues esta se expone de forma cada vez más intensa a los riesgos cardiovasculares. El cambio en las cantidades de alimentos ingeridos y la composición de la dieta, sumada a la baja frecuencia de la actividad física, provocó alteraciones significativas en el peso corporal y en la distribución de la obesidad, aumentando su prevalencia en la población

Los hábitos alimentarios influyen directamente en la morbimortalidad cardiovascular. El estudio realizado por Costa et al (2009) señala que dietas ricas en frutas y hortalizas y productos con poca grasa disminuyen el riesgo cardiovascular, contribuyen a la reducción del peso y reducción de la presión arterial.¹⁴

Coltro et al (2009) relatan que el predominio de factores de riesgos cardiovasculares modificables en la población evaluada indica que existe un grado no despreciable de desinformación sobre prevención de estos factores, sugiriendo la necesidad constante de medidas de salud pública que promuevan educación y prevención primaria, intensificándose esas medidas en individuos ancianos y con sobrepeso

En ese estudio podemos percibir que los principales factores de riesgo para la hipertensión arterial, como la obesidad, sedentarismo, hábitos alimentarios inadecuados, tabaquismo, abuso de alcohol pueden influir de forma aislada como también aumentan su potencial cuando sumados a más de un factor de riesgo para la misma enfermedad.

La modificación de algunos estilos de vida constituye un aspecto clave para la prevención de las enfermedades cardiovasculares, El grupo de

factores de riesgo que corresponde a los modificables son aquellos que podemos cambiar mediante alguna intervención.

Los factores de riesgo son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado. Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, sólo sucede que están asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en la comunidad.

Los resultados concuerdan con lo que afirma los estudios citados acerca de que los principales factores de riesgo modificables, son la obesidad, sedentarismo, hábitos alimentarios inadecuados, tabaquismo, abuso de alcohol pueden influir en riesgo a enfermedad cardiovascular y que puede deberse a un grado de desinformación sobre prevención de estos factores, lo cual sugiere la necesidad de medidas de salud pública que promuevan educación y prevención primaria.

Para determinar los objetivos específicos de identificar los factores no modificables La prevención primaria del ictus está orientada a la actuación sobre los factores de riesgo vascular modificables. A pesar de ello, los factores de riesgo no modificables identifican a aquellos sujetos que tienen un riesgo más elevado de padecer un ictus y que pueden beneficiarse de un control más riguroso de los factores modificables.

La edad es el principal factor de riesgo no modificable para el ictus. Aunque las cifras varían considerablemente, incluso dentro de una

misma región, la incidencia de ictus se duplica aproximadamente cada 10 años a partir de los 55 años³⁷⁻³⁹. A partir de los 75 años, las tasas específicas de mortalidad vascular por grupo de edad (década) se sitúan en la primera causa de muerte.

Estudios observacionales las muertes por enfermedad vascular en España son más numerosas en mujeres que en hombres, aunque la tasa ajustada por edad y tipo de enfermedad vascular es superior en los hombres. Esta tendencia es similar en otros entornos.

Puede parecer potencialmente paradójico, pero tiene un origen bien conocido: en primer lugar, un mayor riesgo vascular de los hombres para una misma edad y, en segundo lugar, la enfermedad vascular es mucho más frecuente en edades avanzadas de la vida, cuando el número de mujeres es superior al de los hombres y, por tanto, las muertes atribuibles por ictus son más numerosas en las mujeres.

En diversos estudios observacionales desarrollados en Estados Unidos se ha visto que las personas de origen afroamericano e hispanoamericano presentan una mayor incidencia y mortalidad por enfermedad coronaria. En concreto, un estudio mostró que la incidencia d. Una de las explicaciones que se han sugerido a este fenómeno es la mayor prevalencia de factores de riesgo como la hipertensión o la diabetes entre la población negra, aunque es improbable que estos factores puedan explicar el exceso de carga en ciertas razas. En nuestro entorno, un estudio de casos y controles no mostró diferencias significativas para los principales factores de riesgo entre población española y nor europea que habían sufrido un ictus, excepto para la hipertensión, que fue más frecuente en población española

La presencia de antecedentes familiares, se ha asociado con un riesgo más elevado. Eso podría deberse a la transmisión hereditaria de los factores de riesgo clásicos, la transmisión hereditaria de una mayor susceptibilidad a esos factores, el hecho de compartir determinados factores ambientales o estilos de vida y a la interacción entre todos ellos.

Los Factores Riesgo Vascular no modificables son aquellos sobre los que no se puede actuar, es decir, no podemos tomar ninguna medida preventiva que los corrija o modifique. Entre ellos destaca la edad: el riesgo aumenta con la edad, sobre todo a partir de los 60 años; el sexo: la probabilidad de sufrir una enfermedad cardíaca es mayor en varones; la historia familiar de ictus (existen determinados factores genéticos que puede predisponer para sufrir ictus); y la raza (mayor riesgo de ictus en los individuos negros americanos).

Por lo expuesto se deduce que los factores de riesgo modificables son los más importantes ya que son los que se pueden cambiar y por lo tanto reducir el riesgo a sufrir enfermedad cardiovascular, mediante cambio de los estilos de vida y asumir parte activa en auto cuidado.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Después de realizar la discusión de los resultados se llegó a las siguientes conclusiones.

- Factores de Riesgo Cardiovasculares presente en los usuarios de Consulta Externa de Cardiología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, se presenta en mayor porcentaje los Factores no Modificables seguido de los modificables referido a salud, ejercicios, descanso y sueño, consumo de sustancias psicoactivas, stress.
- .Los factores de riesgo no modificables asociados a enfermedad cardiovascular según frecuencia, son en cuanto a edad, que representa que a mayor edad mayor es el riesgo cardiovascular
- En cuanto al sexo de la población encuestada que predomina es Masculino en un seguido del sexo.
- En cuanto al grado de instrucción es secundaria completa seguido de secundaria incompleta y primaria incompleta y en menor porcentaje con primaria completa.
- Los factores de riesgo modificables presentes Consideran que el control de peso no tiene importancia en la salud, seguido de nunca se controlan la presión arterial, luego le sigue nunca se realizan un control médico al año.

- Los factores de riesgo modificables en relación a la alimentación consumen siempre consumen pan además carnes rojas de vacuno, Nunca evitan consumir sal en sus alimentos
- Los factores de riesgo cardiovasculares modificables: en relación a descanso/sueño, presentes manifiestan que siempre sus días son muy agotadores seguidos de que el descanso carece de prioridad en sus vidas.
- Los factores de riesgo cardiovasculares modificables: en relación a ejercicios señalan que: Siempre le prestan poco interés a los ejercicios seguido a que siempre les falta tiempo para hacer ejercicios
- Los factores de riesgo cardiovasculares modificables: en relación a sustancias psico activas, señalan que: Siempre consumen café, fuman cigarrillos y casi siempre consumen licor.
- señalan que: nunca participan de las reuniones familiares tampoco seguido de nunca incluye momentos de descanso en su vida diaria, y casi siempre reaccionan con agresividad con facilidad.

5.2. RECOMENDACIONES

- Realizar estudios similares en poblaciones más grandes y de otras instituciones de salud para generalización de resultados.
- Es necesario que los profesionales de salud, especialmente enfermería, adopten medidas preventivas a través de estrategias

educativas en el cotidiano de su trabajo para lograr disminuir los factores modificables promoviendo estilos de vida saludables.

- Realizar estudios similares de tipo cuasi experimental con el objetivo de determinar la efectividad de una guía de prevención de enfermedad cardiovascular.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA:

- (1) Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. Lima: INEI; 2008.
- (2) Perú, Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. Indicadores de Mortalidad 2011 [Internet]. Lima: Minsa; c2013 [citado el 22 de octubre del 2014]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/Asis/indbas/2011/mortalidad.pdf>
- (3) Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Condiciones de vida en el Perú [Internet]. Lima: INEI; c2013 [citado el el 22 de octubre del 2014]. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/web/Biblioinei/BoletinFlotante.asp?file=14486.pdf>
- (4) Organización Mundial de la Salud. [citado 2008 Dic 20]. Disponible en:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/UNFPA-Ficha-Adultos-Mayores-Peru.pdf>
- (5) http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003
- (6) Schwartzmann Laura. Calidad De Vida Relacionada Con La Salud: Aspectos Conceptuales. Cienc. enferm. [Internet]. 2003 Dic [citado 2017 Abr 26] ; 9(2): 09-21.
- (7) OMS. La gente y la Salud ¿Qué Calidad de vida? Foro mundial de la salud 1996, vol 17.
- (8) http://adultomayor.uc.cl/docs/guia_calidad_de_vida.pdf
- (9) www.cepal.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientoRP1_ppt.pdf

- (10) Vera, M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. An. Fac. med. 2007, vol.68, N°3
- (11) Rodríguez G. R., Lazcano B. G. A. (2011) Practica de la Geriatria Tercera edición. Editorial. McGraw Hill. México.
<https://es.scribd.com/doc/240411592/Practica-de-La-Geriatria-3a-Mediibros-com>
- (11) Urzúa Alfonso, Bravo Miguel, Ogalde Mario, Vargas Carolina. Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. Rev. méd. Chile [Internet]. 2011 Ago [citado 2017 Mayo 06] ; 139(8): 1006-1014.

BIBLIOGRAFIA

- (1) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Ginebra. 2008.
- (2) REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular global en la población de Tres Lomas Rev. argent. cardiol. v.76 n.6 Ciudad Autónoma de Buenos Aires nov./dic. 2008
- (3) ENFERMEDADES CORONARIAS: Estadísticas- Revista Nueva Salud
<http://diabetesstop.wordpress.com/2007/09/11/enfermedades-coronarias-estadisticas>.
- (4) SOCIEDAD PERUANA DE CARDIOLOGÍA. Consejo Científico de Investigación y Estadística de la Sociedad Peruana de Cardiología, Estudio de Factores de Riesgo Cardiovascular en el Perú. Revista Peruana de Cardiología. Vol. XXXII N° 2. 2006.
- (5) EPIDEMIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR - Dr. Daniel Flichtentrei Revista de la Federación Argentina de Cardiología, 32[4]- 2003.
- (6) OMS. Informe sobre la Salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana .Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000.
- (7) CUIDADOS CULTURALES: Teoría de la diversidad y la Universalidad Manrique M, Reyes I, Delgado H, Jiménez B. Madeleine Leininger. -2005
http://www.enfermeria21.com/listametas/Leininger_monografia.doc
- (8) LOS FACTORES SOCIALES ASOCIADOS A ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, OMS, Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra Dr. Berkman LF, 1946.

- (9) LAS VIVENCIAS DEL PACIENTE CORONARIO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS SOLANO RUIZ MC, Siles González, J. Index Enfermería - 2005. <http://www.scielo.issci.es/scielo.php>
- (10) PATOLOGÍA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL - ROBBINS Y COTRAN , 7ma. Edición
- (11) LEININGER M. TRANSCULTURAL NURSING: Concepts. Theories and Practices. Columbus, Ohio. United States of America: Greyden Press; 1994.
- (12) REYNOSO L. Estructura factorial de una escala de patrón de conducta tipo A y su relación con síntomas de enfermedad. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. 2005;1:59-78.
- RANKIN SH. Ajustes psicosociales del paciente con enfermedad arterial coronaria. Nursing 1992 ;(3):271-82.
- (13) CORELLA, Dolores y ORDOVÁS, José. Genes, Dieta y Enfermedades Cardiovasculares. Investigación y ciencia. España. 2007

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO	PÁG.
A. Consentimiento informado	I
B. Instrumento	II
C. Determinación de la prueba binomial	V
D. Determinación de alfa de cronbach	VI
E. Determinación del tamaño de muestra	VII
F. Operacionalización de la variable	VIII
G. Edad de los pacientes de consulta externa	IX
H. Sexo de los pacientes de consulta externa	X
I. Grado de instrucción de los pacientes	XI

ANEXO A
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Soy la Lic. Nitza Vásquez Burga me encuentro realizando un trabajo de Investigación sobre “factores de riesgo cardiovascular, en pacientes de consulta externa de cardiología del hospital Cayetano Heredia”. Cuyos resultados contribuirán a plantearse medidas correctivas si fuere necesario para corregir la situación de riesgo a enfermar. El estudio es confidencial y de carácter voluntario, para lo cual pido su colaboración.

Si decide participar en la investigación, conteste con la mayor veracidad ya que de ello dependerá el éxito de la investigación.

En uso de todas mis facultades y para constancia, suscribo la presente “Acta de Consentimiento Informado”,

Acepto participar

Sí _____

No _____

Lima, de _____ del 2015

FIRMA

ANEXO N^º B
CUESTIONARIO
FACTORES DE RIESGO

I. INTRODUCCION

El siguiente cuestionario tiene por finalidad identificar los factores de riesgo, presentes en su vida su respuesta nos ayudará a promover cambios saludables en su vida para contribuir a disminuir riegos de enfermar.

II. INSTRUCCIONES

Marque con una X la respuesta que crea conveniente. No 'existen respuestas buenas ni malas.

III. CONTENIDO

DATOS GENERALES

- ✓ GENERO MASCULINO ☐ FEMENINO ☐
- ✓ EDADAÑOS
- ✓ GRADO INSTRUCCIÓN:
- ✓ PRIMARIA COMPLETA ☐ INCOMPLETA ☐
- ✓ SECUNDARIA COMPLETA ☐ INCOMPLETA ☐

FACTORES NO MODIFICABLES				
1	Antecedentes Familiares De Enfermedad	SI	NO	
a	Diabetes			
b	Enfermedad cardiaca			
c	Accidente cerebro vascular			

FACTORES MODIFICABLES		SIEMPRE	CASI SIEMPRE	NUNCA
A. salud				
1	Tomo en cuenta la importancia de las influencias genéticas en el riesgo de enfermedad coronaria			
2	Le doy importancia al aspecto hereditario en los trastornos coronarios			
	Realizo control médico cada año			
	Creo importante el control médico			
	Me controlo la presión arterial			
4	Voy al médico para mi control encontrándome sano			
5	Realizo control, glucosa, triglicéridos.			
	Me controlo el colesterol			
6	Considero que el control de peso no tiene importancia en la salud			
7	Hago algo para mantener controlado mi peso			
B. Alimentación				
8	Me preocupo por la calidad de mi alimentación			
9	El Cumplir con un horario para el consumo de mis principales comidas me tiene sin cuidado			
10	Evito consumir sal en los alimentos , así como azúcar			
11	Consumo Cereales, papas, legumbres			
12	Consumo (pan).			
13	Consumo Verduras			
14	Consumo Frutas			
15	Consumo Leche y derivados lácteos			
16	Consumo Carnes rojas (vacuno, cerdo,			
C. Descanso / Sueño				
17	Duermo al menos 7 horas diarias			
18	Utilizo pastillas para dormir			
19	El descanso carece de prioridad en mi vida			
20	Mis días son muy agotadores			
D. Ejercicios				
21	Practico actividad física o deportiva			
22	Practico menos de 1 vez por semana			
23	Practico 2.- 3 veces por semana			
24	Practico menos de 30 minutos			
25	Practico más de 30 minutos			
26	Me falta tiempo para hacer ejercicios			
27	le presto poco interés a los ejercicios			
28	Realizo caminatas			
D. Consumo Sustancias Psico activas				

29	Le encuentro relación al consumo de tabaco y alcohol, con las enfermedades del corazón			
30	El Consumo de café con moderación, considero que es un buen estimulante que no causa daño cardiovascular			
31	consumo café de 1 a 3 tazas de café			
	Consumo más de 3 tazas de café al día			
32	Beber licor de vez en cuando no es dañino para la salud			
33	Consumo licor más de 2 veces por semana			
34	Considero que el cigarro es dañino para la salud			
35	Fumo. Cigarrillos todos los días			
36	Fumo Cigarrillos algunos días			
Stress				
37	Mi estado de ánimo por lo general es fuerte			
38	Reacciono con agresividad con facilidad			
39	Me irrito fácilmente llegando hasta la furia o agresión			
40	Incluyo momentos de descanso en mi vida diaria			
41	Me doy tiempo para asistir a paseos			
42	Participo de reuniones familiares			
43	Gusto de reunirme con amigos			
44	Me comunico fácilmente			
45	Me cuesta comunicarme			

ANEXO C

GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES MEDIANTE LA PRUEBA BINOMIAL

Items	Jueces Expertos							p
	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	
1	0	0	0	0	0	0	0	0,0078
2	0	0	0	0	0	0	1	0,0547
3	0	0	0	1	0	0	0	0,0547
4	0	0	0	0	0	0	0	0,0078
5	0	0	0	0	0	0	0	0,0078
6	0	0	0	0	0	0	0	0,0078
7	0	0	0	0	0	0	1	0,0547

Se ha realizado

0= si la respuesta es positiva

1= si la respuesta es negativa

$P = 0,1953/7 = 0,0279$

Si $p < 0,05$ el grado de concordancia es significativo, de acuerdo a los resultados obtenidos es significativo en lo concerniente a los ítems 1, 4, 5 y 6, debiendo realizarse ligeras modificaciones en los ítems 2,3 y 7, sin embargo el instrumento es válido según los jueces expertos $p = 0,0279$

ANEXO D

DETERMINACION DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

MEDIANTE EL ALFA DE CRONBACH

N°	ITEMS																														Total		
	Pac	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12	I13	I14	I15	I16	I17	I18	I19	I20	I21	I22	I23	I24	I25	I26	I27	I28	I29		I30	
1		1	1	1	1	1	1	3	2	2	3	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	2	3	1	2	1	2	50
2		1	1	1	1	2	1	3	2	1	3	2	2	3	1	1	1	2	3	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	47	
3		1	1	2	2	2	1	3	2	2	3	2	2	3	1	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	1	1	3	2	1	1	55	
4		2	2	2	2	2	1	3	1	1	3	2	2	3	1	1	2	3	1	2	1	1	3	1	3	1	2	2	1	2	1	51	
5		2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2	58	
6		3	2	1	3	3	2	2	1	2	1	3	3	2	2	1	3	3	2	2	2	1	2	1	3	3	2	1	3	3	2	64	
7		3	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	3	3	2	3	2	3	81	
8		3	3	2	2	3	2	3	3	1	2	1	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	1	2	1	3	3	2	2	3	2	70	
9		1	3	2	2	3	1	3	1	1	1	2	1	1	3	2	2	3	1	3	1	1	1	1	2	1	3	2	2	3	1	56	
10		2	1	1	1	2	3	3	2	2	2	1	1	1	3	1	1	2	3	3	3	2	2	2	1	2	1	1	2	3	3	55	
Vi	0.8	0.8	0.3	0.5	0.5	0.5	0.2	0.6	0.3	0.8	0.5	0.6	0.7	0.9	0.5	0.7	0.5	0.8	0.8	0.8	0.6	0.3	0.5	0.6	0.6	0.8	0.7	0.7	0.5	0.6	0.5	0.6	

$$\alpha = 1,03(1 - 35/102,9) = 1,03(1-0,34) = 1,03(0,67) = 0,69$$

α=0,69 > 0,50 El Instrumento tiene confiabilidad

ANEXO E
DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE MUESTRA

$$n = \frac{(Z)^2 \times P \times Q \times N}{(N-1) E^2 + (Z)^2 \times P \times Q}$$

$$(N-1) E^2 + (Z)^2 \times P \times Q$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \times (0.5) (0.5) (120)}{(119) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5)(0.5)}$$

$$(119) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5)(0.5)$$

$$n = \frac{3.84 \times 0.5 \times 0.5 \times 120}{119 \times 0.0025 + 3.84 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$119 \times 0.0025 + 3.84 \times 0.5 \times 0.5$$

$$n = \frac{3.84 \times 0.5 \times 0.5 \times 120}{0.4875 + 0.96}$$

$$0.4875 + 0.96$$

$$n = \frac{115.2}{1.4475}$$

$$1.4475$$

$$n = 79.6 = 80$$

ANEXO F
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

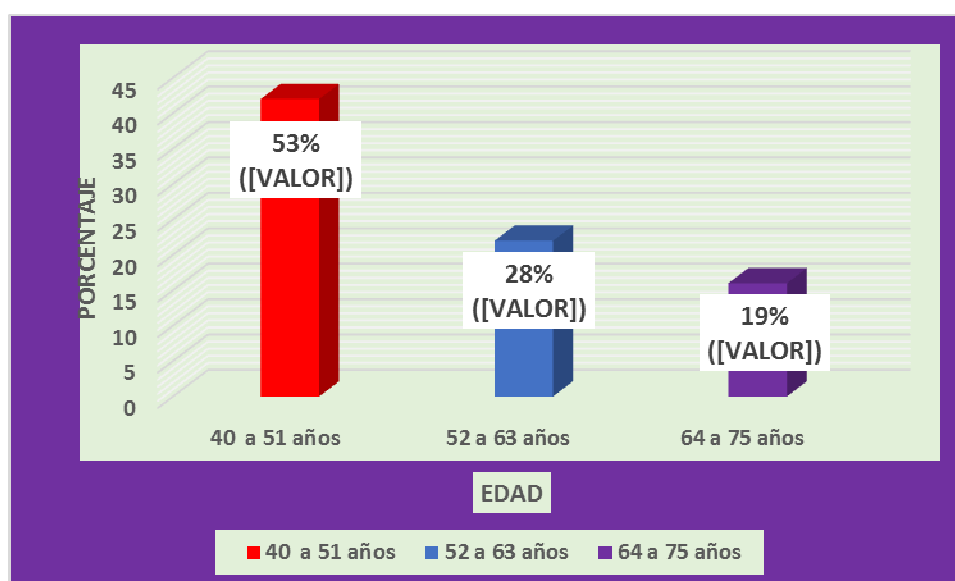
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
Factores de riesgo cardiovasculares.	Son condiciones que predisponen a una persona a un mayor riesgo de desarrollar enfermedades del corazón pueden ser signos biológicos, hábitos o estilos de vida que pueden aumentar la probabilidad o el riesgo de aparición de algunas enfermedades específicas	Son cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión cardiovascular. Puede ser factores modificables y no modificables Y que está directamente relacionadas a las Dimensiones biológicos, psicológicos y sociales, relacionada con la salud.	Factores no modificables.	- Edad. - Sexo. - Herencia genética o antecedentes familiares.	PRESENTES
				- Ejercicios - Peso - Descanso - Tiempo libre - Hábitos - Sueños - Stress	AUSENTES

ANEXO G

EDAD DE LOS PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DE

CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

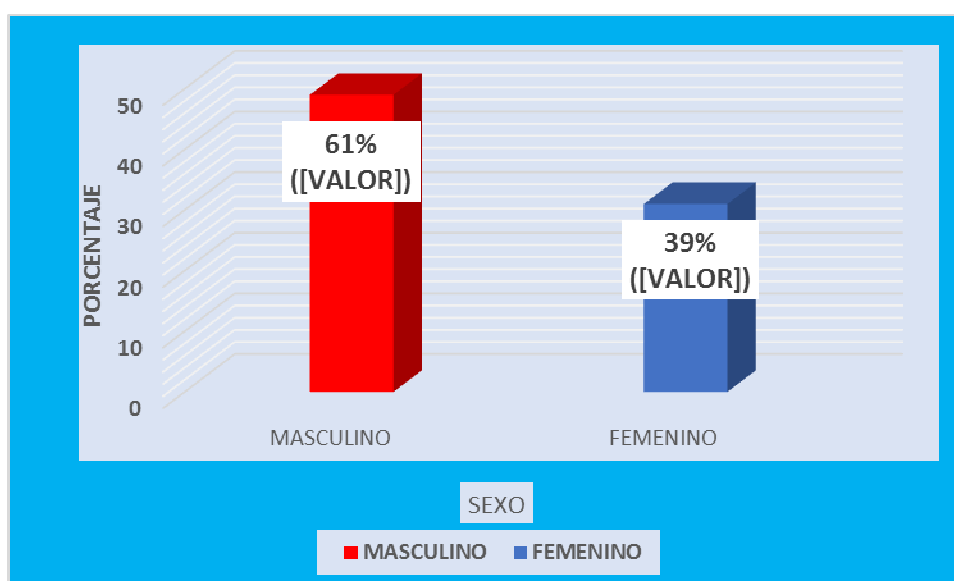
– 2015



De acuerdo a los resultados presentados en la Grafica 2, la edad de los usuarios de Consulta Externa de Cardiología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, es de 40 a 51 años en un 53%(42), de 52 a 63 años en un 28%(22) y de 64 a 75 años en un 19%(16).

ANEXO H

**SEXO DE LOS PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DE
CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
– 2015**

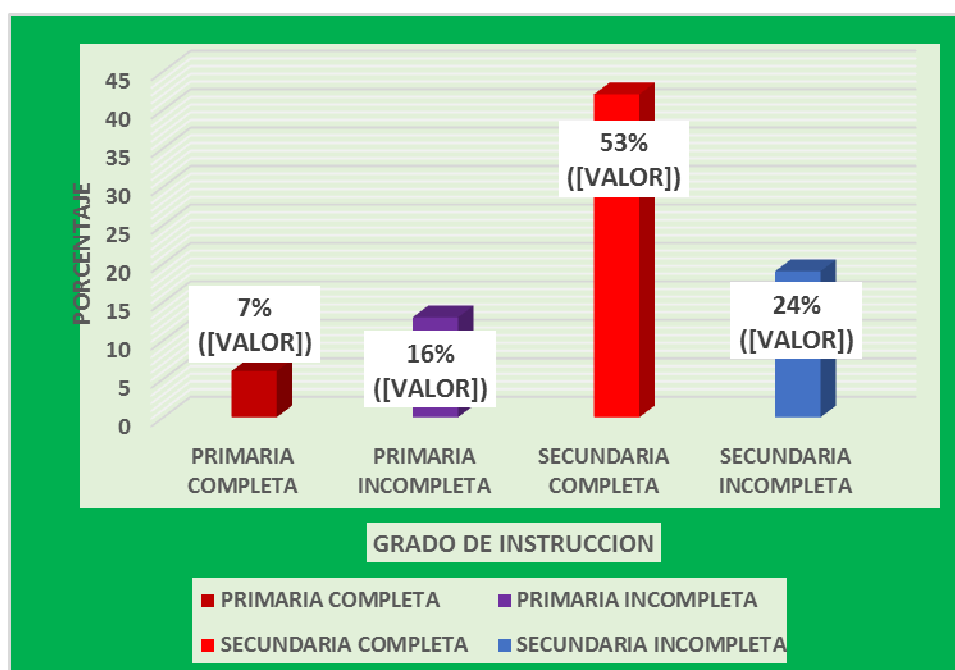


De acuerdo a los resultados presentados en la Grafica 1, el sexo de los usuarios de Consulta Externa de Cardiología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, es Masculino en un 61%(39) y Femenino en un 39%(31).

ANEXO I

GRAFICO 3

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA – 2015



De acuerdo a los resultados presentados en la Grafica 3, el Grado de Instrucción de los usuarios de Consulta Externa de Cardiología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, es secundaria completa en un 53%(42), secundaria Incompleta en un 24%(19), Primaria Incompleta en un 16%(13) y Primaria Completa en un 7%(6).